

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE
DANS L'ARTHRALGIE

A FORME PERSISTANTE ET REBELLE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 25 Janvier 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LOUIS PERROGON

Né le 30 Mars 1867, à Saint-Gesaire (Charente-Inférieure)



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Janvier 1893

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE
DANS L'ARTHRALGIE

A FORME PERSISTANTE ET REBELLE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 25 Janvier 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LOUIS PERROGON

Né le 30 Mars 1867, à Saint-Césaire (Charente-Inférieure)



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Janvier 1893

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET. Doyen.
GAYET. Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUGHACOURT, CHAUVEAU, GLÉNARD.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{ MM. LÉPINE.
	BONDET.
Cliniques chirurgicales.	{ OLLIER.
	PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAILLETON
Clinique des maladies mentales.	PIERRET.
Physique médicale.	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie.	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique.	FLORENCE
Zoologie et Anatomie comparée.	LORTET.
Anatomie.	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.	RENAUT.
Physiologie.	MORAT.
Pathologie interne.	J. TEISSIER.
Pathologie externe.	BERNE.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET.
Anatomie pathologique.	TRIPPIER (RAYMOND).
Médecine opératoire.	X.
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Hygiène.	ROLLET.
Thérapeutique.	SOULIER.
Pharmacie.	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants MM. PERRET, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON, —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DIDELOT.	MM. POLLOSSON.	MM. ROUX.
BEAUVISAGE.	GANGOLPHE.	ROCHET.	VIALLETON.
CONDAMIN	JABOULAY.	RODET.	WEILL.
COURMONT.	LANNOIS.	ROLLET (ÉTIENNE)	BOUVEAULT,
DEROIDE.	PERRET.	ROQUE.	chargé des fonctions d'agrégé.
DEVIC	LINOSSIER.		

M. ÉTIEVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. OLLIER, Président; M. FOCHIER, Assesseur; MM. GANGOLPHE et JABOULAY, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON GRAND-PÈRE

A MON PÈRE, A MA MÈRE

FAIBLE TÉMOIGNAGE DE MA RECONNAISSANCE

A MON FRÈRE, A MA SŒUR

GAGE D'AMITIÉ SINCÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR OLLIER

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A M. LE DOCTEUR M. POLLOSSON

CHIRURGIEN-MAJOR DE L'HOTEL-DIEU

A MES MAÎTRES

de l'École du Service de Santé Militaire

INTRODUCTION

Il y a trois ans, dans le service de M. le professeur Ollier, se présentait une malade souffrant horriblement de son épaule. L'examen de l'article, pratiqué avec soin, ne révélait pas de lésions. On constatait seulement un point douloureux siégeant au niveau de la tête humérale au-dessous de l'acromion.

Cette jeune malade avait un aspect absolument particulier, qui attirait vite l'attention : regard vif et brillant, caractère très irritable ; cependant pas de stigmates hystériques, pas de crises antérieures.

L'épaule fut immobilisée à plusieurs reprises, on mit de larges vésicatoires, des pointes de feu, aucune amélioration ne s'ensuivit. L'atrophie s'emparait du membre ; les douleurs devenaient insupportables, tellement que la malade ne pouvait plus dormir.

Bien que l'article exploré sous l'anesthésie n'offrît point

de lésions sérieuses, les mouvements s'exécutant sans le moindre craquement, M. le professeur Ollier en raison de ces douleurs atroces qui se prolongeaient, résolut d'intervenir. Il fit d'emblée la résection de l'épaule. L'état de la jointure répondait bien à ce qu'avait révélé l'examen sous le chloroforme. La synoviale et la tête humérale ne présentaient que des lésions absolument banales, incapable d'expliquer ces souffrances horribles. La malade guérit et aujourd'hui elle se trouve très bien.

M. le professeur agrégé M. Pollosson, dans le service duquel nous avons eu l'honneur d'accomplir une partie de notre stage hospitalier, nous raconta qu'à la Croix-Rousse il eut l'occasion d'intervenir dans de pareilles conditions. La malade qui souffrait depuis longtemps de son genou fut reséquée et guérit.

L'article et les extrémités osseuses ne présentaient aucune altération appréciable, du moins à l'œil nu.

Frappé par la bizarrerie de ces deux observations, nous avons eu l'idée de faire des recherches dans cette voie.

Nous nous sommes demandé si une telle affection, si douloureuse, rebelle aux divers traitements et si grave en même temps par suite des troubles qu'elle entraîne, à la longue, dans l'état général des malades, n'était pas justiciable d'une intervention chirurgicale, bien qu'en réalité l'examen de la jointure ne révèle aucune lésion grave

Entreprendre de préconiser un pareil traitement dans

une affection de ce genre, encore si pleine d'obscurité, se rencontrant chez des sujets fortement irritables, ne peut manquer de paraître audacieux ; néanmoins nous allons essayer de montrer que l'intervention chirurgicale pratiquée en temps opportun, si elle ne paraît pas justifiée par le fait de l'absence de lésions matérielles bien nettes, n'en soulage pas moins le malade, tout en donnant d'excellents résultats orthopédiques et fonctionnels.

Nous diviserons notre travail en cinq chapitres.

L'historique de l'arthralgie et les quelques cas où l'intervention chirurgicale a été pratiquée formeront le premier chapitre.

Dans le second chapitre, nous examinerons les indications et les contre-indications de l'intervention.

Le troisième sera consacré au traitement opératoire.

Les observations formeront le quatrième chapitre.

Dans le cinquième et dernier chapitre, nous montrerons quels ont été les résultats immédiats et éloignés de l'intervention chirurgicale.

M. le professeur agrégé M. Pollosson a bien voulu nous abandonner une intéressante observation et nous guider de ses conseils, aussi est-ce à lui que nous adressons nos premiers remerciements.

Abordant un pareil sujet, proposant un traitement opératoire dans une affection qui jusqu'alors avait été considérée comme un *noli me tangere*, ou du moins traitée avec les plus grands ménagements, parce qu'elle s'observe chez

des sujets non pas franchement hystériques, mais fortement entachés de nervosisme, nous ne pouvions nous mettre à l'œuvre sans connaître l'opinion de M. le professeur Ollier dont l'autorité en pareille matière est universellement reconnue.

Nous nous sommes présenté chez le Maître, nous lui avons fait part de nos idées, de son côté avec une extrême bienveillance il nous a exposé ses vues et s'est empressé de nous communiquer trois observations dont l'une est particulièrement curieuse.

M. le professeur Ollier a encore daigné accepter la présidence de notre thèse ; à ce double titre il a droit à nos remerciements et nous sommes heureux de pouvoir lui témoigner ici les sentiments de notre profonde reconnaissance.

Nous ne saurions oublier, sans commettre la plus grande ingratitude, de remercier M. le professeur Poncet de l'excellent accueil qu'il nous a fait et des renseignements qu'il a bien voulu nous fournir.

Que nos maîtres de Bordeaux et de Lyon reçoivent aussi tous nos remerciements.

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE

DANS L'ARTHRALGIE

A FORME PERSISTANTE ET REBELLE

CHAPITRE PREMIER

Historique de l'Arthralgie. — Différents cas où l'intervention chirurgicale a été pratiquée

L'arthralgie, comme entité morbide, n'est entrée dans le domaine de la pathologie qu'en 1837, époque où Brodie fit paraître son excellente monographie *Sur les affections nerveuses articulaires*. Bien des fois depuis lors, on est revenu sur cette question, et tous les auteurs qui l'ont reprise n'ont fait que répéter à peu de chose près, ce qu'avait dit le grand chirurgien anglais.

Pour B. Brodie l'arthralgie est une affection dépendant du système nerveux en général et non pas des régions où les symptômes s'accusent. C'est une maladie purement psychique, aussi tout traitement local et *a fortiori* toute intervention chirurgicale doivent être refusés aux malades. Ce qu'on doit chercher avant tout c'est à distraire les malades par des exercices physiques, détourner leur attention de leur jointure. Il est bien rare

qu'une amélioration se rencontre tant que la malade reste étendue sur le sofa. La douleur pourra disparaître, mais il s'ensuit une sensation de faiblesse, qui, plus que la douleur elle-même, rend la marche impossible et qui naturellement ne peut que croître à mesure que le traitement se prolonge. Le premier pas vers la guérison est obtenu quand la malade a assez de force pour se servir de son membre malgré la douleur¹.

Coulson, Barwell sont également de l'avis de leur compatriote.

Verneuil, en 1865, à la Société de chirurgie, entre dans une longue discussion sur le diagnostic différentiel de la coxalgie d'origine tuberculeuse et la coxalgie hystérique.

J. Paget² refuse de qualifier d'hystérique cette affection douloureuse des jointures sous prétexte, dit-il, que le mot hystérie est pris en mauvaise part par beaucoup de personnes et que souvent les signes distinctifs de l'hystérie n'existent pas ; il l'appelle *affection neuromimétique*. Comme on le voit, Paget ne fait que changer le nom, mais au fond, pour lui comme pour Brodie, l'arthralgie relève du système nerveux en général.

En 1873, O. Berger de Breslau fait paraître un mémoire sur les névralgies articulaires et substitue à la dénomination de Brodie celle d'arthronévralgie, parce qu'il s'agit d'une névralgie des filets nerveux sensitifs se rendant à l'articulation et aux parties avoisinantes, mais là ne ré-

¹ Brodie, *Illustrative Lectures of certain local nervous affections*, London, 1837.

² Paget, *Leçons de clinique chirurgicale*, trad. du Dr Doumic, Paris, 1877.

side pas toute la cause, il y a souvent quelque chose de plus qu'une névralgie.

« L'arthronévralgie est constituée par une maladie d'un département nerveux périphérique, mais leur point de départ se trouve être souvent dans une anomalie congénitale ou acquise de l'appareil nerveux central ¹. »

Comme traitement il accorde une large place au traitement général, à l'influence morale, on éloignera les malades de leurs parents ; comme traitement local il conseille le lavage de la poitrine à l'eau chaude, l'électrisation.

Blum, Charcot, Guinon, Chippault et Plicque considèrent l'arthralgie comme l'expression locale de l'hystérie, conseillent divers traitements, le massage, l'électricité et bien d'autres, mais tous d'un commun accord se montrent les adversaires de l'intervention sanglante.

Chez les hystériques le chirurgien n'aura guère à intervenir que pour débarrasser la malade des reliquats d'une manifestation éteinte déjà, mais ayant laissé quelque chose derrière elle. A la manifestation elle-même il ne devra jamais toucher, ni pour la pallier, ni pour la supprimer, soit en s'attaquant à elle-même soit en faisant disparaître la partie atteinte d'hystérie, quelle que soit la durée et la gravité de celle-ci ². »

Tous ces auteurs faisant de l'arthralgie une affection qui relève du système nerveux en général, il était rationnel d'accorder la prépondérance au traitement général et de proscrire absolument l'intervention opératoire.

¹ O. Berger, *Zur Lehre von den Gelenkneuralgien* (Berlin. *klinische Wochenschr.* 1873).

² Guinon, De l'hystérie dans ses rapports avec la chirurgie (*Revue de chirurgie*, novembre 1888).

Loin de vouloir nier l'existence de l'arthralgie hystérique et les heureux résultats obtenus par les procédés aussi nombreux que variés qui ont été employés jusqu'alors : électricité, massage, traction, etc. ; loin de nier les guérisons survenues spontanément ou par suggestion, soit à l'état de veille, soit à l'état hypnotique, il est de notre devoir cependant de faire remarquer que bon nombre d'affections douloureuses des jointures, qu'on avait mises sur le compte de l'hystérie et considérées comme essentielles, relèvent en réalité d'une cause matérielle.

Dès 1872, Ollier dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, signalait ce fait et rapportait le cas suivant :

Une jeune fille hystérique qui avait des crises fréquentes nous fut adressée comme un type d'arthralgie hystérique. L'élément névropathique était tellement développé que la malade avait présenté tantôt les signes d'une coxalgie, tantôt les signes d'une affection du genou selon les voisines qu'elle avait dans la salle ; on fait jouer un grand rôle à l'imitation dans le développement de ces arthralgies ; quand la malade fut soumise à notre observation, elle avait une rétraction des muscles fléchisseurs de la jambe et une sensibilité excessive du genou. Cette rétraction était survenue après une crise très violente. Nous examinâmes la malade ; nous n'eûmes pas de peine à redresser le membre et à faire jouer l'articulation, mais en explorant attentivement le pourtour des extrémités osseuses, nous trouvâmes une tuméfaction à la partie postérieure du condyle externe du tibia. Il y avait là une véritable périostite qui jouait le

rôle d'épine et provoquait la contracture des muscles fléchisseurs¹. »

Quelque temps plus tard, Charcot cite les cas de Joffroy et de Lannelongue et crée : une *forme mixte hystéro-organique*. — En dehors de l'arthralgie essentielle, de la forme mixte hystéro-organique de Charcot, il existe encore une troisième forme d'arthralgie dans laquelle on trouve parfois des lésions, mais des lésions tout à fait banales et disproportionnées à l'acuité des douleurs. Cette forme d'arthralgie est justiciable de l'intervention chirurgicale. Sa ténacité est caractérisée par une douleur fixe, et par ce fait que, chez tous les sujets, on n'a pas trouvé de stigmates hystériques. Cette forme, du moins d'après les quelques observations que nous avons pu réunir, semble être l'apanage exclusif de la femme.

Cette affection douloureuse des jointures avait été entrevue par Gosselin ; il nous dit en effet « avoir rencontré des malades qui primitivement, sans aucune maladie antérieure ou consécutivement à une arthrite, avaient une douleur très vive au côté interne du genou constante avec exacerbation². » Il signale simplement ce genre d'arthralgie sans s'y arrêter.

En 1888, dans la *Revue de chirurgie*, Ch. Audry publie, sous l'inspiration de M. le professeur Poncet, un article sur les arthralgies à forme névralgique et, déclare que l'amputation doit être l'unique traitement.

Petersen, en 1889, dans les *Archives de Langenbeck*, fait paraître un mémoire sur les névralgies articulaires.

¹ Ollier, art. ARTHRALGIE, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

² Gosselin, *Clinique chirurgicale de la Charité*.

Il rapporte deux cas où l'intervention chirurgicale a été pratiquée et se montre au contraire peu enthousiaste de cette thérapeutique.

Si maintenant nous nous reportons en arrière et relevons les différents cas d'arthralgie où l'intervention chirurgicale a été pratiquée nous n'en relevons que neuf. Presque toujours l'intervention a été le fait d'une erreur de diagnostic.

Brodie en rapporte trois cas. Dans le premier, il s'agissait d'une dame qui souffrait depuis si longtemps de son genou, et éprouvait de si atroces douleurs, qu'elle réclama l'amputation; « deux chirurgiens cédèrent à sa prière et après l'opération ils furent très surpris en disséquant le membre de ne rien trouver dans l'articulation malade. Le cartilage était seulement usé sur un point de très petite étendue et il n'y avait aucune autre altération. Le moignon guérit facilement, mais la malade ne fut pas soulagée; quelque temps après l'opération elle souffrait plus que jamais¹. »

Dans le second qu'il tenait de Soden, la malade fut également amputée au-dessus du genou sans plus de résultat : les douleurs se reproduisirent dans le moignon et la malade souffrit autant après l'opération qu'auparavant. Le troisième cas appartient à Mayo, on fit comme chez les autres malades l'amputation de la cuisse. Le moignon guérit, mais peu de temps après, à la suite d'un traumatisme les douleurs reparurent aussi vives qu'antérieurement, on fit alors la section du grand sciatique au niveau du bord inférieur du muscle du grand fessier, légère

¹ Brodie, *Loco citato*.

amélioration de courte durée, les douleurs réapparaissent dans le moignon. Mayo fait, sans plus de succès la désarticulation de la hanche, qui fut trouvée saine comme le genou. La malade étant venue à succomber quelques mois après d'une affection intercurrente, on eut l'explication de ces douleurs atroces en découvrant, sur les racines postérieures des nerfs rachidiens qui concourent à former le sciatique, une série de *névrômes*.

Coulson cite un cas d'amputation de cuisse : « Il s'agissait, nous dit Charcot, d'une jeune fille souffrant depuis trois ans d'une affection du genou, la jambe restait fléchie sur la cuisse, les douleurs étaient insupportables; quelques chirurgiens s'étaient refusés à toute intervention; enfin il s'en trouva un qui consentit à opérer; l'amputation fut faite et l'examen du genou montra une articulation normale avec une synoviale parfaitement saine, présentant la délicatesse et la transparence de l'état physiologique, les os étaient seulement légers, peu résistants à la scie, les cartilages un peu amincis, ainsi que cela se voit communément sur les membres qui sont restés longtemps immobiles ¹.

Quel fut le résultat de cette amputation; les douleurs disparurent-elles, nous n'en savons rien.

En 1870, E. Bœckel, de Strasbourg ², pratiqua de parti pris la désarticulation de la hanche, pour une coxalgie hystérique sur une institutrice de vingt-huit ans. Depuis six ans, cette pauvre malade souffrait dans la hanche droite, les douleurs devinrent si vives qu'elle dût s'aliter. Ces

¹ Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III.

² E. Bœckel, Désarticulation de la hanche pour coxalgie hystérique (*Gazette médicale de Strasbourg*, février 1870).

douleurs résistaient à tous les traitements, à l'immobilisation, à l'hydrothérapie, à la révulsion. Le pied du côté malade était dévié en varus paralytique, le bord externe de la poulie astragaliennne soulevait les téguments et menaçait de les percer, une petite plaque de gangrène commençait même à se produire à ce niveau.

En présence de cette douleur atroce et persistante, de cette atrophie du membre, qui était devenu un véritable parasite, de l'amaigrissement et de la pâleur de la malade, Boeckel, à la demande de la patiente et bien qu'ayant constaté maintes fois sous le chloroforme l'intégrité absolue de l'articulation coxo-fémorale, consentit à désarticuler la hanche.

La malade guérit. Les douleurs disparurent, elle reprit rapidement de l'embonpoint et quelques mois après elle pouvait sortir de l'hôpital.

Voici, résumé, le résultat de l'autopsie du membre qui fut faite par Gross : « Les muscles sont pâles et présentent un commencement de dégénérescence granuleuse. »

« A l'inspection extérieure, le fémur n'offre aucune apparence morbide, mais en le divisant suivant sa longueur on reconnaît une atrophie graisseuse très avancée de sa moitié inférieure. La couche corticale des condyles a à peine l'épaisseur d'une feuille de papier et se laisse déprimer avec le doigt.

« Le tissu médullaire est jaune paille, très raréfié, montrant au microscope des gouttes de graisse et des leucocytes en grande quantité, ainsi qu'un certain nombre de cellules à noyaux multiples. La moelle est fortement graisseuse jusqu'en haut. Le cartilage de la tête fémorale est également en état de dégénérescence graisseuse ; la

substance fondamentale est infiltrée de granulations, les cellules cartilagineuses sont en voie de prolifération, mais les jeunes cellules sont parsemées de gouttelettes graisseuses en grand nombre.

« Les cartilages du genou présentent les mêmes lésions à un degré plus avancé ; la rotule est fortement raréfiée. L'articulation est d'ailleurs dans un état d'ankylose fibreuse qui ne permet pas les plus légères tentatives de flexion, sans qu'on arrache les ligaments latéraux. Le tibia et le péroné ont la résistance normale et ne paraissent pas altérés. »

M. le professeur Poncet, qui opéra deux des malades dont parle Ch. Audry dans son article de la *Revue de Chirurgie*, 1888, obtint une guérison. La première malade sur laquelle il pratiqua la désarticulation de la hanche mourut du shock opératoire. La seconde chez laquelle il fit l'amputation de cuisse au 1/3 inférieur guérit fort bien. Il nous a été impossible de retrouver cette malade, mais nous savons que la guérison s'est maintenue au moins un an.

Au dix-huitième Congrès de la Société allemande de chirurgie, Pétersen, de Kiel, nous dit être intervenu dans deux cas différents : Une première fois il fit l'arthrotomie chez une jeune dame. Au lieu de trouver une arthrite tuberculeuse comme il l'avait diagnostiqué, il tomba sur une articulation « tout à fait saine ».

« L'articulation largement ouverte, je voyais nous dit-il, par dessous les ménisques, jusque derrière les condyles, on ne pouvait apercevoir absolument aucune trace d'inflammation, la synoviale était tout à fait normale, synovie normale et ne présentant aucune altéra-

tion ». Une autre fois il fit subir une série d'interventions à une jeune fille qui présentait des douleurs dans son tibia, douleurs d'abord localisées au niveau du genou ankylosé, puis qui s'irradièrent dans tout l'os. Chacune de ces interventions ne fit qu'amener une amélioration passagère. Finalement ces douleurs disparurent par le repos.

Si on s'en rapporte aux faits que nous venons de citer, on voit que les résultats sont loin d'être encourageants. De ces neuf malades qui furent opérées, il n'y en a que deux qui retirèrent un réel bénéfice de l'intervention chirurgicale. L'une, celle de Boeckel, guérit au prix d'une désarticulation de hanche, l'autre, celle de Poncet, à la suite d'une amputation de cuisse.

Nous avons rapporté, succinctement il est vrai, toutes ces observations bien qu'elles se rapportent à des cas bien différents et nullement comparables ; nous l'avons fait à dessein, espérant qu'elles nous serviront à démontrer que l'intervention, dans certaines formes, est tout à fait contre-indiquée. Ces contre-indications, nous les exposerons tout au long à la fin du chapitre suivant

CHAPITRE II

Indications et contre-indications de l'intervention chirurgicale

Dans les affections articulaires de nature tuberculeuse, les indications opératoires ressortent surtout de l'étendue et de la gravité des lésions que révèle l'examen de la jointure. Dans ces arthralgies rebelles et persistantes dont nous parlons, on a constaté parfois l'absence complète de lésions, et il est arrivé souvent qu'en examinant l'article, sous le chloroforme, on a pu lui faire exécuter tous les mouvements sans percevoir le moindre frottement. C'est donc ailleurs que dans les lésions, puisque si elles n'existent pas, elles sont excessivement faibles, qu'il faut aller chercher l'indication opératoire.

Cette indication se trouve dans l'acuité et la persistance de la douleur.

Cette douleur ne s'installe jamais brusquement ; d'ordinaire c'est à la suite d'un traumatisme léger, dans une articulation atteinte de luxation ancienne ou bien qui autrefois a été le siège d'une arthrite légère ou d'une

phlegmasie rhumatismale qu'on voit apparaître la douleur ; intermittente au début, ne se manifestant qu'à la pression ou dans les mouvements exagérés, disparaissant par le repos pour réapparaître à la suite d'un travail pénible, d'une marche forcée, c'est une douleur sourde, plutôt profonde que superficielle.

Le siège de cette douleur, au début, est bien fixe. Ce n'est pas dans leur jointure que souffrent les malades, c'est plutôt dans les extrémités osseuses avoisinantes. La pression au niveau de l'interligne articulaire ne détermine souvent pas de douleur ou du moins une douleur légère, tandis que, si vous promenez le doigt sur l'épiphyse et si vous pressez même légèrement, vous faites pousser des cris à la malade.

Cette douleur n'occupe pas toute la périphérie de l'articule ; ordinairement elle est localisée en un point qui semble être toujours le même pour une articulation donnée. Au genou, c'est par le condyle interne ou la rotule que débutent les douleurs ; c'est du moins ce qui a été nettement observé chez les malades d'Ollier, de Pollosson et de Petersen. A l'épaule, c'est à la partie externe de la tête humérale, au-dessous de l'acromion et au niveau de l'apophyse coracoïde qu'apparaissent les premières douleurs.

Ces douleurs, seulement provoquées dans les premiers temps, ne tardent pas à devenir spontanées et aux longues intermittences qu'elles présentaient succède une continuité quelquefois absolue ; de sourdes qu'elles étaient, elles deviennent excessivement vives : ce sont des douleurs pongoitives, paroxystiques, ne laissant ni trêve ni repos aux pauvres malades.

Aspect de l'articulation. — Concurrément avec ces phénomènes subjectifs, qui peuvent persister des mois et des années, du côté de la jointure, nous ne trouvons rien ou presque rien qui puisse les expliquer.

Les téguments conservent le plus souvent leur aspect et leur température normale; quelquefois on a observé une légère tuméfaction et rougeur dues à des troubles vaso-moteurs plutôt qu'à des phénomènes inflammatoires. Jamais on n'a trouvé de fluctuation, et l'incision, quand elle a été pratiquée, n'a mis au jour qu'une seule goutte de pus.

Nous venons de dire que les téguments conservent leur aspect normal; cette assertion doit être prise avec certaines réserves.

Les malades qui viennent dans les services de clinique souffrent ordinairement depuis fort longtemps. Avant de se présenter à l'hôpital ils ont vu bon nombre de médecins; ils ont essayé de nombreux traitements, subi l'application répétée de révulsifs. Les vésicatoires, les pointes de feu même n'ont pas été épargnées, autant de choses qui contribuent pour une large part à amener une modification dans la texture et la coloration des téguments. Il ne faudrait donc pas se laisser induire en erreur et prendre cette affection pour une arthrite aiguë. Un examen sérieux de la jointure fera éviter une pareille faute. La douleur dans l'arthrite siège au niveau de l'interligne; dans l'arthralgie, sur les épiphyses. Le chirurgien pourra se rendre compte qu'il ne s'agit pas d'inflammation, ni d'empâtement profond, mais principalement d'un épaissement du derme. Il pourra constater en outre, soit approximativement avec le dos de la main, soit, ce qui est préférable avec le thermomètre à température locale, qu'il n'y a pas de

différence ou tout au moins une différence négligeable entre la température de l'article malade et celle de l'article sain.

L'examen des mouvements sous le chloroforme révèle, dans quelques cas, leur persistance absolue, sans le moindre frottement ; d'autres fois, comme nous en rapportons deux observations, on a trouvé une ankylose qui n'était que le reliquat d'une arthrite antérieure guérie ; l'autopsie de l'article, comme nous le signalons, n'a découvert que des lésions banales, incapables d'expliquer l'acuité et la persistance des douleurs.

L'atrophie musculaire du membre est moins prononcée et surtout moins rapide que dans les arthrites, et semble être due plutôt à l'immobilisation dans laquelle les malades placent instinctivement leur jointure pour éviter la douleur qu'à une action réflexe. Cependant nous devons faire remarquer que cette atrophie musculaire atteint chez Henriette B... une proportion considérable, cette atrophie portant principalement sur le deltoïde, persista quelque temps après la résection de l'épaule, si bien qu'on aurait pu croire que le circonflexe avait été sectionné.

Trois affections sont susceptibles d'être confondues avec cette forme d'arthralgie, ce sont : certaines variétés de tuberculose articulaire, l'arthralgie essentielle hystérique et l'ostéite à forme névralgique.

Les douleurs, par leur siège localisé en un point des épiphyses, par les caractères qu'elles présentent d'être sourdes, profondes, et de réveiller les malades la nuit, offrent une analogie frappante avec les douleurs initiales de certaines formes de tuberculose articulaire.

Dans certaines formes de tumeur blanche, en effet, quand le tubercule siège dans la portion sous-chondrique de l'épiphyse, le premier symptôme accusé par le sujet est une douleur fort vive et d'une acuité excessive, mais elle est loin d'avoir la persistance et la ténacité des douleurs de l'arthralgie. Zéras ¹, néanmoins, signale une jeune fille qui, pendant plusieurs années, eut dans le genou des douleurs atroces, sans phénomènes objectifs, et chez laquelle on vit apparaître subitement une tumeur blanche avec les caractères les plus nets.

Dans la tuberculose articulaire, en outre que ces douleurs s'amendent sous l'influence de l'immobilisation et des révulsifs, des lésions graves ne tardent pas à se manifester du côté de la jointure : destruction des extrémités osseuses, des cartilages diarthrodiaux, des ligaments, envahissement de la cavité articulaire par des fongosités. En même temps que ce processus destructif envahit l'article, l'algie diminue et tend à disparaître.

Cette erreur de diagnostic a été commise plusieurs fois et elle est d'autant plus facile à faire que les malades présentent parfois à côté des symptômes nerveux des antécédents scrofuleux héréditaires ou personnels. La malade de Pollosson avait eu une pleurésie, celle de Pétersen avait vu mourir sa mère phtisique, et une de ses sœurs était atteinte de bronchite suspecte. Nous devons dire ici que cette erreur n'est d'aucune importance, car, dans un cas comme dans l'autre, l'intervention chirurgicale est formellement indiquée, lorsque l'immobilisation, la traction, les révulsifs n'ont amené aucune amélioration.

¹ Zéras : *Centralblatt für Chirurgie*, 1888.

L'affection avec laquelle cette forme d'arthralgie sera le plus souvent confondue, c'est avec l'arthralgie hystérique (*sine materia*). C'est ici qu'il importe d'éviter cette erreur, car cette dernière disparaîtra souvent par des moyens anodins ou toute autre thérapeutique inoffensive : suggestion à l'état de veille ou à l'état de sommeil hypnotique, chloroformisation. Quelquefois même la guérison surviendra spontanément. Des caractères bien tranchés séparent cependant cette affection douloureuse des jointures de l'arthralgie essentielle. Chez les quelques sujets que nous avons pu trouver (ce sont tous des femmes) ; jamais on a trouvé de stigmates hystériques. Aucune ne présentait la sensation de bécule, de clou, point de troubles oculaires, point de troubles de la sensibilité. Jamais on a rencontré d'hémi-anesthésie, ni cette anesthésie en gigot, à laquelle Charcot attache tant d'importance.

L'arthralgie hystérique débute brusquement, la contracture s'empare bien vite de tout le membre ; l'arthralgie que nous décrivons marche au contraire avec lenteur.

Les caractères de la douleur sont aussi bien différents dans la maladie de Brodie. L'hyperesthésie est localisée surtout aux téguments. « Il y a, dit-il, une grande sensibilité dans l'articulation, mais la malade souffre plus quand on pince la peau que si l'on presse fortement sur la jointure ; la sensibilité s'étend assez loin le long de la cuisse et de la jambe jusqu'au pied ¹ ».

L'hystérique localise aujourd'hui sa douleur en un point, le lendemain elle la localise en un autre, parfois même la douleur a passé dans une autre jointure.

¹ Brodie, *loco citato*.

Nos malades sont très catégoriques, elles précisent nettement le point qui est le siège de leurs souffrances. Non seulement elles sont très catégoriques sur le siège de leur mal, mais encore elles vous le dépeignent d'une manière telle qu'il n'y a pas à s'y méprendre. L'une d'elles nous écrivait, il y a quelques jours, et comparait ses douleurs à *quelque chose qui lui rongerait son os*. Henriette B. assimilait ses douleurs à celles que produiraient des pointes d'aiguilles qu'on enfoncerait constamment dans sa tête humérale.

La troisième affection qui par la ténacité des douleurs ressemble à l'arthralgie est ce genre d'ostéite décrite par Ollier et Gosselin sous le nom d'ostéite à forme névralgique.

Nous devons cependant faire remarquer que l'ostéite à forme névralgique occupe plutôt la région diaphysaire que les épiphyses des os, de plus elle est accompagnée d'un gonflement diffus de l'os et de lésions anatomiques bien nettes : ostéite raréfiante et prolifération excessive des éléments de la moelle qui sont étranglés par les trabécules osseuses, dont la résorption ne se fait pas assez vite, d'autrefois, au contraire on trouve une petite cavité remplie de liquide séreux ou simplement limitée par une matière crémeuse. Gosselin et Ollier considèrent ce dernier genre de lésions comme des abcès des os dont le pus se serait concrété à la périphérie de la cavité. Dans l'affection douloureuse des jointures dont nous parlons, nous ne trouvons pas de lésions déterminées, quelquefois même aucune lésion, du moins visible à l'œil nu.

Ce qui caractérise donc les douleurs de l'arthralgie, c'est leur acuité et leur longue durée. Ce sont des douleurs sourdes, profondes, apparaissant au début avec des

paroxysmes éloignés. Peu à peu ces douleurs, d'intermittentes qu'elles étaient, deviennent absolument insupportables. Elles sont tellement intenses qu'elles interrompent le sommeil.

Par suite de l'immobilisation prolongée, des souffrances atroces, l'état général qui était resté bon pendant assez longtemps ne tarde pas à devenir mauvais, les malades ne mangent plus, maigrissent, les symptômes nerveux qu'elles présentaient dès l'origine de l'affection s'accusent de plus en plus; il en est même qui arrivent à prendre de véritables crises.

L'idée première qui vient au chirurgien en présence de tels malades, c'est de combattre la douleur par l'immobilisation, la révulsion, la traction même s'il le juge nécessaire et de lutter contre l'état nerveux du sujet avec tous les antispasmodiques que la thérapeutique médicale met à sa disposition.

Les révulsifs et l'immobilisation donnent des succès, mais malheureusement chez quelques malades ces tentatives restent sans effet.

Que faire alors ? — Si les douleurs sont encore nettement localisées (et dans ce cas seulement), il ne reste plus qu'à prendre une détermination : c'est une intervention sanglante qu'on devra proposer. Cette intervention on n'aura pas beaucoup de peine à la faire accepter des malades. Elles souffrent tellement et depuis si longtemps qu'elles sont prêtes à accepter tout ce qu'on pourra leur proposer. Il en est même qui vont jusqu'à forcer la main du chirurgien, préférant l'amputation à la prolongation de ces atroces douleurs.

Qu'on abandonne ces malades à leur malheureux sort

ou qu'on les traite seulement avec des bandages silicatés, qui peuvent bien amener une amélioration passagère, mais qui cesse dès qu'on a enlevé le bandage ; on verra tous ces symptômes s'accuser davantage, la douleur augmenter d'intensité, de localisée qu'elle était se propager dans tout le membre, et il arrive un moment où les sujets sont dans un épuisement nerveux tel qu'alors toute intervention devient dangereuse.

M. le professeur Ollier nous a parlé, à ce sujet, d'une malade qu'il a opérée il y a déjà quelques années. Cette malade était atteinte d'une arthrite douloureuse du genou, elle avait subi divers traitements. Pendant un certain temps, elle fut même traitée pour une affection médullaire. Depuis six ans elle était condamnée à garder le lit et depuis trois ans en particulier, elle endurait des douleurs atroces, non plus localisées à l'extrémité inférieure du fémur, comme au début de la maladie, mais s'irradiant tout le long de cet os. Depuis quelques mois, ces douleurs commençaient à gagner l'extrémité supérieure du tibia ; cependant le maximum de la douleur se trouvait au niveau du condyle interne. Quelques jours avant l'opération, on avait constaté, en ce point, une légère rougeur et une faible élévation de température. Bien qu'on ne sentît pas de tuméfaction localisée, l'os paraissant simplement un peu plus volumineux que son congénère, on crut à un abcès des os. M. le professeur Ollier pratiqua une série de trépanations du fémur en vue de trouver le foyer purulent présumé il ne découvrit absolument rien, sauf une *légère ostéite raréfiante, au niveau du condyle interne.*

L'extrémité supérieure du tibia également douloureuse fut trépanée, elle n'avait aucune lésion. Du côté de l'ar-

ticle, il se trouvait quelques produits plastiques. En un mot, lésions tout à fait banales et incapables d'expliquer les grandes souffrances auxquelles cette malade était en proie depuis trois ans.

On ne saurait dire, si cette intervention aurait amené une amélioration, car la malade mourut dans les vingt-quatre heures qui suivirent l'opération. Son état général était si mauvais, les troubles trophiques si avancés ; elle se trouvait dans un tel état d'épuisement nerveux qu'elle succomba par suite de shock opératoire.

Dans les cas de douleurs irradiées à tout ou à un segment de membre, il sera plus prudent de s'abstenir. Si les malades ne succombent pas, par suite du shock opératoire, les douleurs ne tardent pas à réapparaître dans le moignon, aussi vives qu'avant l'amputation. Ces douleurs vagues, irradiées, s'accompagnant de troubles trophiques avancés soit du côté des muscles, soit du côté de la peau résultent généralement d'une affection médullaire ou sont le fait d'une compression nerveuse et contre-indiquent formellement l'intervention qui donnerait toujours des résultats analogues à celui de H. Mayo.

L'hystérie, quand elle existe avec des stigmates très nets, quand l'examen de l'article pratiqué sous l'anesthésie n'aura décelé aucune lésion : que d'un autre côté on aura observé des troubles de la sensibilité et particulièrement cette anesthésie en gigot dont parle Charcot ; lorsque enfin la douleur siège, surtout, dans les téguments, dans les cas de ce genre l'intervention sanglante est encore contre-indiquée et nous nous rangeons de l'avis de Charcot, Terrillon, Chippault et G. Guinon.

L'intervention dans ce cas, si elle amenait un bon résul-

tat, agirait par suggestion; mais ce n'est pas ce qui arrive le plus souvent et, on n'a pas plus de succès que Soden et cet autre chirurgien anglais, que Brodie ne veut pas nommer.

En résumé, lorsqu'on se trouvera en présence de ces douleurs articulaires excessivement vives, contre lesquelles tous les efforts de la thérapeutique seront restés vains, lorsque ces douleurs seront nettement localisées en un point, que d'un autre côté le sujet ne présentera pas de stigmates hystériques, alors même qu'on constaterait l'intégrité de l'article et *a fortiori*, si la jointure a été autrefois le siège de quelque flegmasie si légère soit-elle, l'intervention sanglante est parfaitement autorisée. Du reste, aujourd'hui nous n'en sommes plus à redouter la septicémie. « Les opérations de recherche doivent devenir de plus en plus usuelles et quand les révulsifs et les traitements internes n'ont pas amené de soulagement, on ne doit pas persister indéfiniment dans leur emploi. Il faut profiter des avantages que nous donne l'antisepsie et aller voir ce qui se passe sous le périoste, dans les os et même dans l'article¹. »

Il est une objection qu'on ne manquera pas de nous poser. Comment expliquer ces douleurs; à quoi sont-elles dues? Ici nous devons avouer que nous sommes fort embarrassé.

Dans ces douleurs, il faut tenir compte de deux choses : des lésions et surtout de l'irritabilité du sujet.

Les lésions quelles sont-elles? — Comme nous le disions tout à l'heure, on n'a rien trouvé de typique; tantôt de

¹ Ollier, *Traité des résections*.

l'atrophie graisseuse des os; tantôt un point légèrement vascularisé dans l'épiphyse, tantôt un épaississement de la synoviale formant un chémosis autour de la tête articulaire comme chez Henriette B... Nous pouvons dire que ce sont là des lésions tout à fait banales.

S'agirait-il simplement, comme le prétend Berger, d'une névralgie due à des troubles vaso-moteurs ou à tout autre cause, ceci est possible. Mais cette névralgie à la longue ne pourrait-elle pas donner lieu à des lésions névritiques localisées aux filets nerveux épiphysaires, c'est une hypothèse purement gratuite que nous émettons, l'examen histologique des pièces anatomiques n'ayant jamais été fait.

Nous avons été conduit à cette hypothèse par des considérations anatomiques. Les extrémités osseuses sont très riches en vaisseaux, nous savons que tous ces capillaires sont accompagnés de filets nerveux (*fibres à myéline et fibres de Remack*) excessivement ténus, venant de la moelle osseuse et du périoste avoisinant. Sous l'influence de troubles vaso-moteurs ou de toute autre cause irritative, ces filets nerveux ne pourraient-ils pas être atteints de névrite, qui par sa marche ascendante gagnerait les filets nerveux de la moelle des os et donneraient lieu à des douleurs irradiées ?

Léon Tripier a démontré d'une façon péremptoire que toujours les névralgies rebelles s'accompagneraient de lésions névritiques, pourquoi n'en serait-il pas de même pour les névralgies des os ?

Ces foyers de névrite joueraient le rôle d'*épine* et expliqueraient la persistance des douleurs.

La nature des sujets n'a pas un rôle moins important

dans l'explication de ces douleurs. Chez ces femmes nerveuses, la moindre cause, la moindre irritation, qui chez d'autres pourrait passer inaperçue, donne lieu à des symptômes très accusés, la douleur et le spasme atteignent chez ces malades le plus haut degré et semblent constituer toute la maladie.

CHAPITRE III

Intervention chirurgicale

Quand la malade souffre depuis longtemps, lorsque cette douleur au lieu de s'amender persiste et que l'état général tend à devenir mauvais, lorsqu'enfin toutes les ressources de la thérapeutique sont restées infructueuses et qu'on est décidé à intervenir, quelle sera cette intervention ?

L'idéal que le chirurgien devra s'efforcer d'atteindre, c'est de faire disparaître les douleurs par une opération aussi économique que possible. Il essaiera de conserver un membre susceptible de rendre de grands services, alors même qu'il ne posséderait pas l'intégrité de ses fonctions. Cet idéal semble se trouver dans la résection.

Mais avant d'en arriver là, ne pourrait-on pas tenter quelque autre procédé plus conservateur ?

La névrotomie ou bien la résection nerveuse qui dans les névralgies faciales rebelles procurent, sinon la guérison, du moins une amélioration qui se prolonge parfois assez longtemps, ne pourraient-elles pas être essayées ?

D'ores et déjà nous pouvons dire qu'il est inutile de faire une pareille tentative. En admettant qu'on puisse arriver à sectionner les innombrables filets nerveux qui entourent l'articulation malade on n'amènerait aucun amendement aux douleurs. Ce n'est pas en effet dans les téguments que siège la douleur, mais dans les extrémités osseuses, c'est donc à l'os lui-même qu'il faut directement s'attaquer, c'est sur lui et non pas sur les filets nerveux péri-articulaires que devra porter la résection.

Si les douleurs sont nettement localisées en un point de l'épiphyse, si l'articulation ou la région juxta-épiphysaire a été antérieurement le siège d'un foyer inflammatoire, alors même qu'on ne percevrait pas cette tuméfaction limitée ni de rougeur à ce niveau, on doit songer à l'existence possible d'un abcès des os. C'est alors à l'application d'une couronne de trépan de petit diamètre ou simplement à la pyramide qu'il faut avoir recours. S'il s'agit d'un abcès des os, ou même d'un foyer d'ostéite à forme névralgique, ce qu'on reconnaîtra à l'existence du pus, à l'ostéite raréfiante, on aggrandira cette trépanation et l'évacuation du pus dans le premier cas, la décompression des éléments médullaires proliférés dans le second, vont amener la disparition rapide de tous ces phénomènes douloureux.

En un mot, quand on doute de son diagnostic, c'est toujours par des opérations de recherche qu'il faut procéder, se réservant de faire plus tard une autre intervention plus radicale, si la première n'a pas été curative.

Dans l'arthralgie, si nous en jugeons par le cas d'Étiennette M... (obs. III), la trépanation n'amène pas la guérison, elle ne donne qu'une amélioration passagère; et nous croyons qu'en pareil cas (si toutefois les dou-

leurs ne sont pas irradiées dans toute la longueur de l'os), il est préférable d'avoir recours à la résection articulaire.

La résection semble répondre à tous les desiderata. Par cette intervention on n'enlève que la partie de l'os atteinte de névralgie ; on conserve le membre de son sujet, ce qui rend cette opération bien supérieure à l'amputation préconisée par Ch. Audry. Un membre reséqué alors même qu'il serait ankylosé, en bonne position, est encore de beaucoup préférable au meilleur des appareils orthopédiques.

Cependant l'ankylose n'est pas le but que l'on doit viser. Dans des affections de ce genre, le chirurgien ne devra proposer l'intervention qu'autant qu'il sera sûr d'obtenir un bon résultat fonctionnel.

La résection pratiquée avec la méthode sous-périostée et grâce à l'antisepsie est devenue, à l'heure actuelle, une opération relativement bénigne. Depuis dix ans, M. le professeur Ollier dit n'avoir pas perdu un seul de ses malades pour résection orthopédique. L'affection douloureuse des jointures dont nous parlons ne s'accompagnant pas de lésions graves, la résection pratiquée dans ce cas peut bien être considérée comme une résection orthopédique.

Persuadé de la bénignité et des heureux résultats fournis par la résection orthopédique de certaines jointures et particulièrement de celle du genou, M. le professeur Ollier dit : « Non seulement les résections orthopédiques se multiplieront, mais l'intervention hâtive s'imposera de plus en plus dans les lésions pathologiques obscures et rebelles. »

Toutes nos malades sont relativement jeunes, par conséquent à un âge où le périoste doué d'une grande vitalité assurera la prompte régénération de l'os et les bons résultats ultérieurs.

Nous ne parlerons pas de la technique opératoire qui est la même que pour les arthrites tuberculeuses et n'offre rien de particulier. Tout ce que nous pourrions dire ne serait qu'un pâle résumé de tout ce qui a été écrit sur les résections des grandes articulations, aussi croyons-nous qu'il est plus sage de renvoyer, pour cette partie, au remarquable ouvrage de M. le professeur Ollier.

Il est pourtant un point qui doit nous arrêter. Quand on pratique une résection pour arthrite fongueuse, la règle est d'enlever sinon tout ce qui présente des lésions, au moins tout ce qui n'est pas susceptible de redevenir sain, tel est le précepte posé dans le *Traité des Résections*.

Dans l'arthralgie, où nous trouvons tantôt des extrémités osseuses d'apparence saine, tantôt des lésions légères et superficielles, comment doit-on se comporter ? Fermera-t-on la jointure après arthrotomie comme fit Petersen chez la malade de l'observation VI ? Fera-t-on l'abrasion des surfaces articulaires ?

L'arthrotomie est une opération qui n'a pas sa raison d'être, la douleur ayant pour siège les extrémités osseuses ; quand on la pratiquera, c'est uniquement comme intervention préliminaire.

L'abrasion des surfaces articulaires est une opération incomplète et ne donnant pas de meilleurs résultats orthopédiques que la résection. C'est donc à la résection typi-

¹ Ollier, *Traité des résections*.

que qu'on aura recours de préférence. Si par hasard on a l'occasion d'intervenir chez des malades jeunes dont les épiphyses ne sont pas encore soudées, on devra éviter les cartilages de conjugaison dont la lésion pourrait compromettre l'accroissement du membre. Généralement on n'aura pas cette préoccupation, car l'arthralgie ne se montre guère que chez des sujets au-dessus de vingt et un ans, époque à laquelle tous les cartilages épiphysaires ont terminé leur rôle.

La résection faite, le chirurgien ne doit pas abandonner la guérison aux caprices de la bonne nature. Si c'est un genou qui a été réséqué, c'est l'ankylose qu'on doit rechercher. L'immobilisation complète des deux segments de membre avec ou sans suture osseuse amènera généralement la guérison sous un seul pansement. La résection a-t-elle porté sur le coude ou l'épaule, c'est une articulation mobile qu'on devra donner au malade. Pour arriver à ce but, comme le recommande M. le professeur Ollier, dès le quatrième ou cinquième jour on essayera de mobiliser le membre ; mouvements peu étendus d'abord, ne devant jamais causer de vives douleurs. Par ces mouvements provoqués et longtemps répétés on arrivera à modeler, à façonner une articulation nouvelle. L'électricité, le massage, les bains sulfureux rendront aux muscles leur volume et leur force s'ils ont été atrophiés.

De même que chez les tuberculeux, au traitement local, on doit joindre un traitement général anti-scrofuleux. Nous croyons que chez ces femmes excessivement nerveuses le bromure de potassium, les antispasmodiques de toute sorte seront d'un précieux secours.

Si on nous demande maintenant comment agit cette in-

tervention; nous sommes forcé d'avouer notre ignorance. Si l'hypothèse de névrite, localisée aux extrémités nerveuses épiphysaires, que nous avons émise était confirmée, la résection en faisant disparaître ce foyer de névrite expliquerait parfaitement la disparition de ces douleurs.

Nos malades étant des femmes très nerveuses, on pourra nous dire que cette guérison est le fait d'une suggestion. A cette objection il est bien difficile de répondre. Nous nous contenterons de répéter ici ce que nous avons dit dans le chapitre précédent, c'est que toutes ces malades ne présentaient aucun stigmate hystérique. Nous ajouterons même qu'au contraire, les phénomènes nerveux semblaient s'accuser davantage à mesure que les douleurs articulaires devenaient plus intenses. Henriette B..., (obs. II) n'a pris de crises et présenté de la diplopie qu'au moment de ses plus vives souffrances. Ces crises et cette diplopie ne se sont jamais reproduites depuis que son épaule a été réséquée.

Il est un fait évident, c'est que la résection a donné d'excellents résultats dans les trois cas que nous rapportons. Jusqu'à nouvel ordre, ne sachant pas d'une manière certaine à quoi attribuer ces guérisons, nous les rangerons parmi les résultats inespérés de la chirurgie dont parle Duplay ¹.

¹ Duplay, Les résultats inespérés de certaines interventions chirurgicales (*Gaz. des hôpitaux*, octobre 1892).

CHAPITRE IV

Observations.

OBSERVATION I (inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé M. Pollosson.)

N..., religieuse, actuellement âgée de vingt-sept ans, résidant à Lyon. Est entrée à l'hôpital de la Croix-Rousse, salle Sainte-Catherine, au mois de septembre 1886, pour une arthrite du genou gauche, dont elle souffrait depuis un an environ. On avait appliqué précédemment des vésicatoires, de la teinture d'iode et ordonné l'immobilité sans toutefois mettre d'appareil.

A l'entrée, aspect extérieur scrofuleux, faciès bouffi, si bien qu'à première vue on aurait pu se croire en face d'une brigthique, cependant pas d'albumine dans les urines. Pas de lésions pulmonaires, tempérament irritable, nervosisme exagéré. Néanmoins pas de troubles de la sensibilité, pas de troubles oculaires, pas de crises hystériques franches.

Le genou malade présente un gonflement périarticulaire, les mouvements sont limités et douloureux, la marche ne peut se faire qu'avec des béquilles. Il existe une *douleur à la pression au niveau du condyle interne du fémur*. On pense alors à une arthrite fongueuse au début, et on fait une application de pointes

de feu, après anesthésie et on immobilise la malade dans un bandage silicaté.

Sous l'anesthésie, avant de faire les pointes de feu et d'appliquer le bandage, on explore l'articulation qu'on trouve absolument libre; pas de craquements ni même de frottements.

Depuis cette époque, pendant trois ans, la malade a subi une série d'application de bandages silicatés qu'on remplaçait, parce qu'après avoir enlevé le bandage précédent et laissé quelque temps la malade en liberté, on observait toujours de la douleur et de l'impossibilité de la marche.

Parmi ses nombreux séjours à l'hôpital, la malade, eut un an environ après sa première entrée, une pleurésie droite, dont l'apparition confirma pour ainsi dire le diagnostic, d'arthrite tuberculeuse du genou, qui avait été porté antérieurement. Elle en guérit, et actuellement on n'observe rien du côté de son appareil respiratoire.

Environ trois ans après sa première entrée, vu la persistance des douleurs excessives, qui empêchaient à la malade de dormir, et malgré l'absence de symptômes objectifs graves, on se décide à faire la résection du genou. La malade accepte et l'opération est pratiquée au mois d'avril 1883.

Opération. — L'incision en H faite au-devant de l'articulation et l'articulation largement ouverte on fut frappé de l'intégrité absolue des tissus articulaires; aucun empâtement du tissu cellulaire péricapsulaire, aucun liquide anormal dans l'article, aspect absolument normal des cartilages et de la synoviale; la synovie est en quantité normale et nullement altérée.

On eut un moment l'idée de fermer la plaie opératoire, mais on se rappela qu'il existait au niveau du condyle interne une douleur vive à la pression et même spontanément. On crut à l'existence d'un noyau tuberculeux central, et on jugea utile de faire la résection de l'extrémité inférieure du fémur. On pratiqua cette résection suivant la méthode sous-périostée de M. le professeur Ollier, par un trait de scie transversal, passant immédiatement au-dessus du rebord cartilagineux de la poulie des condyles. Du côté du tibia, on enleva toujours d'après la méthode sous-périostée, une tranche

d'environ 1 centimètre de hauteur. Il est bien entendu qu'on ne fit aucun nettoyage de la synoviale, puisqu'elle était absolument saine.

Les suites de l'opération furent d'une extrême simplicité, pas de suppuration. Il n'y eut qu'un seul pansement au vingt-cinquième jour, époque à laquelle M. Pollosson a l'habitude de faire, dans tous les cas, le premier pansement des résections du genou dans le but de s'assurer de la bonne direction des deux segments du membre. Pas de pus. La consolidation se fit en deux mois.

Au troisième mois, la malade put commencer à marcher.

Examen des pièces anatomiques. — On fit dans les extrémités du fémur et du tibia une série de coupes transversales dans le but de trouver le foyer osseux. On ne rencontra absolument rien, l'os était tout à fait sain, ni dégénérescence graisseuse, ni congestion anormale ne furent observées, il paraît qu'on avait enlevé par la résection des parties sans altération appréciable au moins à l'œil nu; il n'y avait aucun doute sur l'intégrité parfaite de toutes les parties constituantes de l'articulation.

L'examen histologique n'a pas été pratiqué.

État actuel. — Depuis cette époque, la malade n'a plus ressenti aucune douleur, elle vaque à toutes ses occupations et marche aussi bien que peut le faire tout réséqué du genou dans les meilleures conditions possibles.

OBSERVATION II (inédite).

(Service de M. le professeur Ollier).

Arthrite douloureuse de l'épaule gauche. Hystérie ?? Résection de l'épaule. Guérison.

Henriette B., âgée de vingt ans, domestique, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon pour une douleur très vive dans l'épaule gauche. Les antécédents héréditaires sont inconnus, la malade étant orpheline dès son bas âge.

Pas d'antécédents personnels. La malade s'est toujours bien portée.

Pas de syphilis. Réglée à quatorze ans; menstruation douloureuse et souvent accompagnée de vomissements bilieux le jour qui précède le flux menstruel. On soupçonne une arthrite blennorragique, mais on ne trouve rien à l'examen du mucus vaginal.

Il y a un an environ la malade fit une chute de voiture sur l'épaule gauche; aussitôt après cette chute elle ne put remuer le membre supérieur gauche qui était devenu douloureux. Cependant il n'y avait pas de fracture. Le lendemain les mouvements de l'avant-bras sont moins douloureux, néanmoins son épaule reste toujours immobile; pour la maintenir et éviter tout mouvement, elle soutient avec la main droite son avant-bras gauche fléchi au-devant de la poitrine.

Aussitôt après l'accident, la main gauche était devenue très tuméfiée ainsi que la région scapulaire; cette tuméfaction disparaissait la nuit pour réapparaître quand la malade reprenait ses occupations. Malgré cela, elle put travailler une quinzaine de jours. Quinze jours après cet accident elle alla consulter M. le D^r Sabatier qui lui prescrivit l'application d'un vésicatoire sur la région scapulaire douloureuse, mais la malade ne suivit pas le conseil de ce chirurgien. Les douleurs persistant, elle se décida à entrer à l'hôpital où elle fut placée salle Saint-Pierre dans le service de M. le professeur Ollier.

Examen de la malade. — Pour s'assurer qu'on n'est pas en présence d'une luxation qui aurait put être méconnue, on fait la mensuration comparative des deux membres supérieurs qu'on trouve égaux. Du reste la malade ne présente ni l'attitude, ni les déformations habituelles des luxations de l'épaule.

Actuellement on constate ce qui suit: L'épaule est le siège d'une grande tuméfaction, cependant pas de fluctation, on découvre des points douloureux au niveau de la tête humérale surtout au-dessous de l'acromion et à la partie latérale externe de la tête. La malade souffre beaucoup quand on essaie de lui soulever le bras. Il y a une impotence complète du membre.

Les douleurs que ressent la malade sont non seulement des douleurs provoquées, mais encore des douleurs spontanées, profondes beaucoup plus vives la nuit que le jour.

Aspect singulier de la malade, regard vif et brillant.

2 janvier 1890. — On immobilise l'épaule et le membre supérieur dans un bandage silicaté pendant un mois, sans pointes de feu ni vésicatoire.

A l'ablation du silicate, on constate un grand amaigrissement de l'épaule. Le deltoïde est notablement atrophié, une atrophie moins avancée s'observe également sur le trapèze et les muscles sus- et sous-épineux; au lieu de former leur relief habituel, on voit se dessiner deux fossettes séparées par l'épine de l'omoplate.

1^{er} février. — Les douleurs ne faisant qu'augmenter, on place trois vésicatoires successifs sur la région de l'épaule.

23 février. — L'état de la malade n'a guère changé depuis l'application des révulsifs. Elle souffre toujours beaucoup, les douleurs se font sentir surtout la nuit, le sommeil est devenu impossible. Le membre supérieur gauche est dans un état d'impotence complète. Elle ne peut remuer ni le bras ni l'avant-bras. Le moindre mouvement suscite des douleurs atroces.

Les mouvements des doigts sont très limités, elle ne peut les fléchir entièrement ni même les écarter, il lui est impossible de serrer un objet.

Les douleurs au niveau de la surface articulaire de l'omoplate sont sourdes, profondes et continues. Toute la région sus-épineuse est tuméfiée, mais cette tuméfaction est due en grande partie à l'application des révulsifs.

Depuis quelques jours la malade a chaque soir des frissons, on ne saurait dire si ces douleurs se sont accompagnées de fièvre, la température n'ayant pas été prise.

25 février. — La nuit dernière les douleurs ont été fort vives.

La malade ne souffre pas, ni dans le coude, ni dans la main; son état général est excellent, malgré toutes ses souffrances. La menstruation n'a pas été troublée.

Du côté de l'appareil respiratoire on ne trouve absolument rien à l'auscultation et à la percussion.

Urines normales.

26 février. — M. le professeur Ollier examine de nouveau cette malade. Les douleurs n'ont fait qu'augmenter depuis quelques

jours; la nuit elle sont excessivement aiguës, la malade les compare à des piqûres d'aiguilles. On ne peut toucher la région scapulo-humérale sans lui faire pousser des cris.

Les points douloureux les plus marqués siègent sur la tête humérale, surtout à la partie antérieure et au-dessous de l'acromion, on en constate un autre au niveau de l'apophyse coracoïde. Les mouvements passifs de l'humérus sont peu développés et surtout excessivement douloureux. Le maximum de la douleur a lieu quand on essaie de faire exécuter au bras des mouvements de rotation suivant son axe.

Tous les muscles de l'épaule sont atrophiés.

Sous l'anesthésie, après la disparition de la contracture, on peut se rendre compte que les mouvements de l'articulation sont entièrement libres. Pas de points malades perceptibles à travers les tissus; pas de craquements articulaires.

On fait sept ou huit pointes de feu profondes sur le pourtour de l'article et le membre est immobilisé dans un silicate.

La malade souffre toujours autant de son épaule. Les douleurs sont aussi vives qu'avant l'ignipuncture; elles reviennent par crises et ces crises sont fréquentes. La malade est en outre tourmentée par des céphalalgies intenses.

3 mars. — Son état général est moins bon que les jours précédents; elle est réveillée souvent la nuit par des douleurs aiguës dans l'épaule.

21 mars. — Persistance des douleurs. La malade a pris hier une crise hystérique. L'aura venait de l'estomac et de l'épaule malade. L'observation ne mentionne pas si à ce moment il y avait de l'hémi-anesthésie ou quelque autre stigmatisme hystérique.

14 avril. — La malade se plaint toujours de son épaule; elle a eu une nouvelle crise ces jours derniers.

18 mai. — Les souffrances sont un peu moindres à condition de ne pas toucher l'épaule malade; mais si on essaie de la mobiliser, ou si on presse sur la tête humérale on réveille de vives douleurs.

20 mai. — L'état général devenant mauvais, l'atrophie faisant des progrès considérables, d'autre part les douleurs se montrant

toujours avec la même intensité au lieu de rétrocéder, M. le professeur Ollier se décide à intervenir.

Opération. — Incision de la résection de l'épaule, partant de l'apophyse coracoïde et s'étendant suivant l'axe du bras sur une longueur de 10 centimètres. On ouvre la capsule articulaire. L'articulation paraît saine, la synoviale présente quelques franges elle est un peu épaissie et très vascularisée; la tête humérale ne présente également rien de particulier, mais comme elle est très douloureuse à la pression, on la résèque sur une hauteur de 4 c., 5.

Suture des lèvres de la plaie. On place un drain résorbable à la partie déclive de l'incision, et un faisceau de crins dans l'incision de décharge pratiquée à la partie postérieure. Pansement à l'iodoforme.

Immobilisation de l'épaule et du membre supérieur dans un bandage plâtré.

Pièces anatomiques. — La tête humérale enlevée a un aspect absolument sain. Le cartilage n'est point altéré, ni aminci. A la partie interne, il est un peu rougeâtre. La synoviale présente quelques franges, elle est légèrement vascularisée et épaissie. Cet épaississement et cette vascularisation sont surtout marqués au voisinage de la tête humérale où la séreuse articulaire, à son point de jonction avec le cartilage diarthrodial, forme un véritable chémosis. La cavité glénoïde est complètement saine et blanche.

Des coupes pratiquées sur cette pièce anatomique ne révèlent aucune lésion.

L'examen histologique n'a pas été fait.

Après l'opération la plaie se cicatrice rapidement sans qu'il y ait de suppuration. Néanmoins, au bout d'un mois, la malade souffrait encore la nuit; chaque soir on était obligé de mettre le bras dans une gouttière qu'on enlevait le matin. Dans la journée elle portait son bras en écharpe.

L'épaule est excessivement atrophiée, atrophie portant sur le trapèze, le sus- et le sous-épineux, le deltoïde semble avoir disparu en totalité. Cette atrophie augmente même après la résection, si bien qu'on aurait pu croire que le nerf circonflexe avait été sectionné dans l'intervention.

On électrise les muscles de l'épaule et le biceps deux fois par jour, un quart d'heure à chaque séance; on fait également exécuter des mouvements passifs au membre opéré. Ce traitement est continué pendant trois mois environ.

Les douleurs ont considérablement diminué, elles s'atténuent de jour en jour et à sa sortie au mois d'octobre 1890, la malade est entièrement guérie, elle ne ressent aucune douleur dans son épaule, ni spontanée, ni provoquée. Elle peut mettre son bras derrière le dos, porter sa main à la bouche et sur l'épaule droite. Cependant il lui est impossible d'exécuter les mouvements d'élévation latérale; si on élève son bras et qu'on le place horizontalement elle ne souffre pas, mais elle ne peut le maintenir dans cette position, il retombe aussitôt le long du tronc; cette parésie s'explique fort bien par l'atrophie de son deltoïde.

Elle quitte l'Hôtel-Dieu. A son départ on lui donne un liniment pour faire du massage sur son épaule.

Nous avons désiré connaître quelles avaient été les suites éloignées de cette intervention. Grâce à l'obligeance de M. le professeur agrégé Sabatier, nous avons pu retrouver l'adresse de cette malade et la faire revenir à l'Hôtel-Dieu et voici quel a été le résultat de cet examen pratiqué le 22 novembre 1892.

La malade ayant présenté des crises hystériques durant son séjour à l'hôpital, notre premier soin a été de voir s'il n'y avait pas encore quelques stigmates de cette névrose. La seule chose que nous avons pu constater, c'est une légère diminution du réflexe pharyngien, et une diminution de la sensibilité à la douleur plus accusée à droite qu'à gauche. La sensibilité au contact n'est pas troublée, elle localise très bien les points où s'exerce ce contact. Pas de thermo-anesthésie. Réflexes rotuliens normaux.

L'examen de la vision pratiqué par notre ami le Dr Lhomme donne les résultats suivants :

Pas de diplopie, ni d'amblyopie (au moment de ses plus vives douleurs la malade dit cependant avoir vu les objets doubles). Elle distingue très bien les couleurs rouge, violet, etc. Pas de rétrécissement concentrique du champ visuel exploré avec les couleurs blanche, jaune, rouge et violette.

Examen de l'épaule. — On constate une atrophie notable des muscles sus- et sous-épineux. Le trapèze est revenu à son état normal. Le deltoïde est encore relativement atrophié mais beaucoup moins que lors de la sortie de l'hôpital. A cette époque, nous dit la malade, il y avait un grand creux à la place du moignon de l'épaule. Il n'y a pas d'atrophie des pectoraux. Le biceps est presque aussi volumineux que celui du côté opposé, du côté du triceps atrophie très faible, c'est du reste ce que vont montrer les mensurations suivantes :

Mensurations du bras prises à 15 centimètres au-dessus du sommet de l'olécrâne, l'avant-bras étant fléchi à angle droit.

Bras gauche.	24 centimètres.
Bras droit	26 —

Longueur du bras, mesurée de la pointe de l'acromion au sommet de l'olécrâne.

Bras droit.	34 centimètres
Bras gauche	30 —

L'aspect de la fosse sus-claviculaire gauche est normal ; au niveau de la fosse sous-claviculaire, grand méplat, dû à l'absence de la tête humérale ; de plus, on voit la ligne d'incision allant de l'apophyse coracoïde vers l'axe du bras et mesurant 10 centimètres et demi. A l'extrémité supérieure de cette cicatrice linéaire, on aperçoit une légère saillie produite par l'apophyse coracoïde. Cette apophyse est très appréciable par le toucher. A la palpation, on remarque qu'elle est beaucoup plus volumineuse que celle du côté droit. Le palper réveille, quand on presse un peu fort, une douleur que la malade compare à l'enfoncement d'aiguilles dans l'os. Cette douleur n'est pas spontanée.

Sur la région scapulaire, on voit les cicatrices des pointes de

feu ; en arrière, au-dessus du bord inférieur du grand dorsal, la cicatrice de l'incision de décharge.

Mouvements. — La malade se sert aussi bien du bras opéré que de l'autre ; elle est, dit elle, aussi forte, à bras pendant, du bras gauche que du bras droit. Elle exécute tous les mouvements sans gêne ni douleur. Elle élève son bras verticalement tout aussi bien que celui du côté opposé.

Actuellement, elle est bonne chez un pharmacien, elle fait très bien son service, le ménage, la cuisine, etc., elle porte même un enfant sans ressentir la moindre fatigue.

OBSERVATION III

Ancienne arthrite. — Douleurs névralgiques dans l'extrémité inférieure du fémur gauche. — Trépanation du condyle interne à deux reprises différentes. — Disparition des douleurs. — Réapparition des douleurs. — Ablation de la rotule. — Amélioration. — Amputation de la cuisse, par le professeur Tillaux. — Guérison. — Hystérie??

Un résumé de cette observation a été publié par M. Ch. Audry : Arthrite douloureuse prolongée (*Revue de chirurgie*, octobre 1888).

Nous reproduisons cette observation telle qu'elle nous a été communiquée par M. le professeur Ollier.

M..., Étienne, vingt-quatre ans, lingère, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 25 janvier 1884 pour douleurs dans le genou gauche.

Antécédents héréditaires. — Rien à noter du côté de l'hérédité. Père en bonne santé, mère morte d'une attaque d'apoplexie à l'âge de quarante ans. Des frères et des sœurs bien portants ; pas de rhumatismes.

Antécédents personnels. — La malade a joui d'une excellente santé dans le jeune âge. Pas de traces de scrofule. Réglée à dix-huit ans, puis arrêt de la menstruation pendant une année. Au

bout de ce temps, les règles revinrent et depuis ont toujours été régulières.

Histoire de la maladie. — Il y a trois ans, attaque de rhumatisme articulaire aigu. Douleur, tuméfaction, rougeur aux cou-de-pied, aux genoux, aux coudes, aux poignets ; cette attaque de rhumatisme dure un mois. On la traite avec le salicylate de soude, il s'ensuit une amélioration notable. Les douleurs se localisent dans les deux genoux et enfin le genou gauche seul reste pris.

Pendant trois mois, la malade ressent de vives douleurs dans cette articulation, on y applique des vésicatoires, on fait des badigeonnages à la teinture d'iode, des pointes de feu superficielles, on immobilise l'article dans une gouttière, tout cela sans grand succès ; les douleurs cependant sont moins vives.

Depuis quinze mois, ankylose complète du genou dans la rectitude absolue.

La malade s'étant sentie améliorée revint chez elle et ne souffrit pas pendant quelque temps ; mais bientôt les douleurs réapparurent dans le genou : ce sont des douleurs lancinantes et térébrantes beaucoup plus vives que les premières, survenant par accès à des intervalles irréguliers le jour tout aussi bien que la nuit et rendant la marche absolument impossible.

Ces douleurs avaient pour siège la *face interne du condyle fémoral* et la *face interne de l'articulation*.

25 janvier 1884. — La malade entre à l'Hôtel-Dieu et se présente dans l'état suivant :

Ankylose complète du genou autant qu'il est possible de s'en rendre compte. La rotule est cependant douée d'une certaine mobilité ; on peut lui faire exécuter des mouvements de latéralité. Aucun empâtement de la région périarticulaire ; la peau a son aspect normal.

Mais si l'on presse sur la rotule et la face interne du condyle interne on détermine des douleurs fort vives. Ces douleurs surviennent, du reste, spontanément, mais elles ont pris depuis quelque temps un type continu avec des exacerbations insupportables survenant irrégulièrement. Ce sont des lancées, des douleurs que la malade compare à la pénétration d'un poinçon dans l'os.

Les autres articulations ne sont le siège d'aucune douleur.

L'état général de la malade est satisfaisant.

Rien au cœur. Rien aux poumons.

26 janvier. — On immobilise l'articulation dans une gouttière de jambe. On applique un large vésicatoire sur la face antéro-interne du genou. Le soulagement n'est que passager; on met un nouveau vésicatoire qui ne produit aucun effet.

On essaie de calmer les douleurs par des injections de chlorhydrate de morphine, mais elles reparaissent bientôt aussi aiguës qu'auparavant.

15 février. — Immobilisation complète du genou dans une gouttière plâtrée après un badigeonnage de teinture d'iode. Les douleurs persistent. On essaie alors le chloral, l'opium, le bromure, le quinium, cette médication est infructueuse, la malade souffre toujours et est très affirmative sur la localisation de ses douleurs.

10 mars. — Devant la persistance de ces symptômes; de plus l'état général de la malade devenant mauvais, l'atrophie du membre étant considérable, malgré la tuméfaction qui reste relativement faible, M. le professeur Ollier se décide à intervenir.

On endort la malade. On constate sous l'anesthésie que les mouvements du genou sont impossibles, l'articulation est bien ankylosée?? Une incision verticale, suivant l'axe du membre, est faite à la face interne de l'articulation; on passe en dehors de la synoviale que l'on aperçoit cloisonnée et oblitérée en partie, on arrive sur le périoste épaissi qu'on incise crucialement; on trouve alors *l'os un peu rouge et vascularisé*. Avec le couteau-gouge, on fait une trépanation du condyle interne du fémur; le tissu osseux est infiltré de graisse, friable, ramolli, mais on ne découvre ni foyer purulent, ni séquestre.

La cavité de la trépanation est bourrée avec de la gaze iodoformée. On fait un pansement et le membre est immobilisé dans une gouttière plâtrée.

11 mars. — Toute la nuit dernière la malade n'a pas souffert, elle n'a ressenti qu'une légère cuisson provenant de sa plaie et bien différente de la douleur profonde qu'elle endurait auparavant.

12 mars. — Les douleurs ont reparu avec les mêmes caractères, le même siège, la même intensité qu'avant l'opération. On se résout à une nouvelle intervention.

16 mars. — Par la même incision qui avait été faite dans l'opération précédente, la malade étant endormie, on agrandit la trépanation de l'extrémité inférieure du fémur, on pénètre dans toute l'épaisseur du condyle interne jusque sous la rotule. On ne trouve aucune lésion pouvant expliquer la persistance des douleurs, le tissu présente les mêmes altérations que celles décrites plus haut.

17 mars. — La malade ne souffre plus, le soulagement est complet et absolu; pas la moindre douleur, sauf un peu de cuisson tenant à la plaie.

20 mars. — Les douleurs n'ont pas reparu. Cependant, la malade se plaint d'un peu d'engourdissement dans la cuisse quand son membre inférieur n'est pas suspendu. On installe alors une suspension permanente.

En avril, réapparition des douleurs avec le même caractère; nouvelle intervention.

Ablation de la rotule. — 29 avril 1884. — La malade est anesthésiée à l'éther. On applique la bande d'Esmarch.

Par l'incision ayant servi aux opérations précédentes, on enfonce un stylet dans l'os; le stylet pénètre, quoique poussé avec une force modérée, jusqu'à la couche compacte du condyle externe. Après avoir ainsi traversé le fémur transversalement du condyle interne au condyle externe, on fait une incision cruciale sur la face externe du condyle, le bistouri arrive sur l'os à travers un périoste un peu épaissi et oedémateux sur sa face profonde. Avec le couteau-gouge on attaque l'os qui cède brusquement ne présentant qu'une lame papyracée, recouvrant un tissu spongieux raréfié infiltré d'une graisse rougeâtre et diffuente.

On agrandit le trajet du stylet à l'aide de la gouge et on passe un drain perforant à travers le fémur.

Ceci fait, on procède à l'ablation de la rotule. Par une incision cruciale on pénètre jusqu'à l'os qu'on dépouille complètement de son périoste et qu'on enlève dans sa totalité; on aperçoit alors les

condyles du fémur qui ne présentent aucune altération extérieure, sauf peut-être un peu d'état rugueux et d'érosion du cartilage au niveau du condyle externe en un point correspondant à une légère érosion de la facette articulaire externe de la rotule.

La loge créée par l'ablation de cet os sésamoïde est limitée à la périphérie par des trousseaux fibreux qui l'isolent du reste de l'articulation fémoro-tibiale.

Les lèvres de la plaie sont réunies par un certain nombre de points de suture; un drain est laissé à la partie déclive, après quoi on fait un pansement à l'iodoforme et le membre est placé dans une gouttière plâtrée.

Examen de la rotule. — L'os a été enlevé par la méthode sous-périostée, comme il a été dit plus haut.

1° *Face antérieure.* — A l'aspect extérieur on constate quela substance osseuse bien dénudée de son périoste ne présente rien d'anormal, sauf de nombreuses taches punctiformes ressemblant assez à l'ostéite superficielle, mais il semble plus naturel de les attribuer à des déchirures faites par le détache-tendon.

2° *Face postérieure ou articulaire.* — On voit que sur la moitié interne le cartilage existe partout, mais il est altéré et donne une sensation particulière qu'on attribue à l'altération velvétique, c'est-à-dire qu'au lieu d'être brillant et lisse, il est terne légèrement bleuâtre et présente une surface très finement grenue qui donne cette sensation douce au toucher (sensation du velours). Sur la moitié externe le cartilage aminci, altéré, détruit même complètement dans sa moitié supérieure est en grande partie transformé en un tissu analogue au tissu fibreux, c'est-à-dire qu'il est dur et blanc. En un point l'os est complètement à nu, mais ces lésions ne sont nullement à l'emporte-pièce, elles se transforment en des degrés plus ou moins avancés, insensiblement, suivant les points. A la partie inférieure, on trouve une plaque à bords nettements arrondis où le cartilage a son épaisseur normale, peut être un peu plus saillant et où il présente encore la même altération velvétique que sur la moitié interne, seulement il offre une coloration jaunâtre. Les insertions de la synoviale à la surface car-

tilagineuse n'offrent rien de bien particulier à noter, pas de bourrelet à ce niveau.

On pratique une série de coupes antéro-postérieures de la rotule ; on ne découvre pas de foyer intra-osseux, mais seulement un tissu graisseux un peu raréfié à la partie supérieure. En somme, l'os a presque partout sa consistance normale, à part ce point que nous venons de signaler.

30 avril. — Pouls 160. — Température, matin 38°,5, soir 38°,7. Beaucoup d'agitation, aucune douleur.

2 mai. — La malade ne souffre plus du tout dans l'extrémité inférieure du fémur ; elle n'éprouve qu'une légère douleur de cuison au niveau de la plaie.

15 mai. — Les douleurs ont complètement disparu. Plaie en très bel état. Pas de suppuration, on enlève le drain.

20 juin. — Les douleurs n'ont pas reparu. La plaie est presque totalement cicatrisée, sauf un tout petit point à la partie déclive, dans l'emplacement du drain.

En juillet les douleurs reparaissent, M. le professeur Ollier, refuse d'amputer la malade qui sort de l'Hôtel-Dieu.

En février 1885, se trouvant à Paris, les douleurs persistant, elle entre dans le service du professeur Tillaux. En mars, ce chirurgien lui fit l'amputation de la cuisse au tiers moyen, M. le professeur agrégé Gangolphe qui eut l'occasion de voir cette malade dans le service du professeur Tillaux la retrouva guérie.

L'autopsie de l'articulation n'avait permis aucune explication de ces souffrances horribles.

OBSERVATION IV (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le professeur Ollier)

Coxalgie gauche au niveau d'une luxation congénitale. Résection de la hanche. Guérison.

A... Célestine, vingt-cinq ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 24 juillet 1888 pour une douleur au niveau de la hanche gauche.

Rien à relever dans les antécédents héréditaires de la malade. La jeune fille en raison de sa luxation congénitale a toujours boité, mais sans être autre chose que gênée pendant toute son enfance. Depuis l'âge de treize à quatorze ans environ, elle ressent du côté gauche, au niveau de la hanche, une gêne parfois douloureuse se manifestant après des travaux un peu pénibles, mais jamais elle n'a dû s'arrêter pour cela.

1886. — Il y a deux ans, sans cause appréciable la jeune malade se sentit prise de douleurs plus violentes dans la hanche, la marche devint impossible et elle dut garder le lit. M. Pollosson consulté, fit appliquer un bandage silicaté qu'elle conserva cinq mois; pendant ce temps la malade put se lever et marcher.

En septembre 1887, on enlève le bandage, on constate une amélioration notable, qui ne fut pas de longue durée. Quelques mois après les douleurs reparaissant, la malade dut entrer dans le service de M. le professeur Ollier.

A cette époque on constate une luxation iliaque, luxation congénitale d'après ce qu'on nous dit. Les mouvements de la néarthrose sont douloureux dès qu'ils sont un peu accentués. La pression est douloureuse surtout en avant, la jambe est en adduction, le pied en rotation interne. Pas de ganglions dans l'aîne. La percussion sur la plante du pied, le membre inférieur étant en extension, détermine de la douleur dans la hanche. L'état général de la malade est bon. Rien au cœur. Rien aux poumons, rien dans les urines.

Tempérament nerveux, fortement irritable, cependant pas de stigmates hystériques.

Elle présente sur la région dorsale du pied droit un petit kyste tendineux de la grosseur d'une noisette, douloureux au frottement et à la pression. On l'en débarrasse et on lui fait fabriquer un tuteur pour sa hanche malade, avec lequel elle peut quitter l'hôpital, le 23 août 1888.

Tout va bien jusqu'en décembre 1890. A ce moment les douleurs reviennent et elle rentre de nouveau dans le service de M. le professeur Ollier. On constate alors que la région de la hanche est toujours douloureuse et on observe en outre qu'elle est un peu tuméfiée. Point de ganglions inguinaux.

31 décembre. — On fait des pointes de feu profondes au nombre de sept sur la région trochantérienne, d'autres superficielles sur tout le reste de la région de la hanche et on immobilise l'articulation dans un bandage silicaté. Elle part chez elle avec ce bandage qu'elle garde trois mois.

1^{er} mai 1891. — La révulsion et l'immobilisation n'ont point amélioré la malade qui se présente de nouveau à la clinique. Elle souffre toujours; quelques douleurs nocturnes et intermittentes; douleurs dans la région de l'aîne.

On place la patiente dans une gouttière de Bonnet et on fait de la traction continue.

30 mai 1891. — Elle souffre toujours. Les douleurs sont presque continuelles avec exaspération nocturne. Elles sont particulièrement très vives au moindre mouvement, ou quand on exerce une pression dans la région inguinale ou sur le trochanter. Les mouvements de flexion de la cuisse sont très limités; les mouvements spontanés impossibles; les mouvements provoqués existent mais sont peu étendus et excessivement douloureux.

Atrophie musculaire de la cuisse. Ensellure lombaire exagérée.

La malade a essayé de marcher avec des béquilles, mais dès qu'elle appuie le pied à terre elle éprouve de fortes douleurs dans la hanche.

Mensurations de la jambe. — De l'épine iliaque antérieure et supérieure à la pointe de la malléole externe correspondante.

Côté malade. 780

Côté sain. 830

Mensurations du fémur.

Fémur malade. 380

Fémur sain. 380

Bien que la malade ait un peu maigri, sa santé est relativement bonne.

Opération. — 30 mai 1891. — Incision de la résection sous-périostée de la hanche. On tombe sur la capsule articulaire qui n'est nullement adhérente à la tête fémorale. Cette dernière se présente de suite après l'écartement des fibres des fessiers. On a

dénudé pour la facilité de l'opération le sommet du trochanter. La tête fémorale est réséquée sur une hauteur de 5 centimètres, toujours d'après la méthode sous-périostée.

Une incision de décharge est pratiquée en arrière; par cette incision on fait passer un drain en crin.

Pansement à l'iodoforme et immobilisation de la hanche dans un appareil plâtré.

Examen de la pièce anatomique. — La tête fémorale est profondément déformée. La surface externe est bien encroûtée de cartilage, comme à l'état normal, le rebord très saillant et aigu, si bien qu'on le sentait même à travers les téguments.

A peu près vers le milieu de la calotte, la tête se déforme, s'aplatit et le cartilage disparaît; l'os n'est plus recouvert que d'un périoste mince et transparent. Tout à fait en haut, se trouve une gorge étroite, formée par ce rebord cartilagineux, saillant au point où il se continue avec le périoste.

C'est, en somme, un véritable aplatissement des deux tiers internes de la tête. On constate aussi que sur cette portion aplatie, la coque osseuse périphérique est très mince et cède même sous le doigt. On pratique des coupes sur cette tête et on trouve l'os légèrement raréfié, particulièrement dans la portion aplatie. A ce niveau, on remarque aussi *des îlots de moelle rouge*. Est-ce la pression qui s'exerçait sur ces points qui causait ces violentes douleurs? C'est ce qu'on ne saurait dire. Rien toutefois qui puisse donner l'idée de la tuberculose.

La cavité cotyloïde de nouvelle formation a été grattée, dépouillée de son cartilage. On a pu constater que dans les parties où avait lieu la compression, c'est-à-dire en haut, le cartilage était peu adhérent, tandis qu'en bas, il avait son épaisseur et sa consistance normales.

31 mai. — La malade ne souffre pas, mais elle a une température assez élevée. TM, 39°,5.

1^{er} juin. — TM, 39 degrés. — Rien ne pouvant expliquer cette élévation de température, on défait le pansement. La place étant suturée un peu étroitement et peu drainée, on se demande s'il n'y aurait

pas quelque collection purulente. On fait sauter les points de suture, mais on ne trouve pas de pus.

Nouveau pansement à la gaze iodoformée. L'articulation est immobilisée dans un appareil plâtré.

5 juin. — Température toujours élevée. Depuis le 1^{er} juin, elle n'est pas descendue au-dessous de 39 degrés. De plus la malade n'a pas d'appétit, et se plaint d'un goût désagréable dans la bouche (Iodoformisme).

8 juin. — La température se maintient au-dessus de 38 degrés, atteint 39 le soir. La malade accuse des douleurs spontanées au niveau de la région trochantérienne.

13 juin. — Elle se plaint de douleurs dans la hanche droite.

Le pansement est défait, on peut alors constater de la rougeur de la région fessière droite, et un point fluctuant à ce niveau.

Incision au bistouri. — Il s'écoule la valeur d'une cuillerée de pus ; contr'ouverture à la partie la plus déclive. On trouve une trainée purulente tout le long du sacrum.

Par la pression on arrive à faire sortir encore du pus collecté tout le long de cet os. On ne trouve pas de point osseux, en conséquence on porte le diagnostic de : Hygroma aigu.

Lavage et drainage de l'abcès.

Du côté de la plaie opératoire de la résection, on trouve une large surface fongueuse et saignante formée de bourgeons charnus et purulents. En plusieurs endroits la suppuration est abondante.

Août 1891. — Plus de suppuration ; plaie cicatrisée ; on fait un silicate complet.

Quelques jours après la malade souffrant dans la hanche, on coupe le silicate au pied, et on fait de la traction. Les douleurs disparaissent.

Novembre. — On fait lever la malade. Elle accusait dans son lit des douleurs dans la hanche dès qu'on suspendait la traction. Elle appuie assez difficilement le pied à terre. On cesse alors toute traction et on lui recommande de marcher, ce qu'elle fait mais assez timidement, soit qu'elle craigne de réveiller les douleurs, soit plutôt parce que sa jambe est excessivement faible.

Nous n'avons pas constaté par nous-même quels avaient été les résultats éloignés de cette résection, comme nous l'avons fait pour Henriette B... ; cependant nous avons écrit à cette malade pour savoir quel est son état actuel et obtenir quelques renseignements complémentaires qui n'avaient pas été notés dans l'observation. Nous lui avons posé une série de questions et voici ce qu'elle nous répond à la date du 5 décembre 1892.

« J'ai toujours été un peu nerveuse, il ne me faut pas grand chose pour m'irriter, mais je n'ai jamais pris de crises :

« Au moment de l'opération il y avait cinq ans que je souffrais à ne pouvoir marcher, je ressentais des élancements et des douleurs qui me *rongeaient les os*. Je souffrais à peu près autant la nuit que le jour ; souvent ces douleurs me réveillaient en sursaut.

« Après l'opération j'ai gardé le lit pendant cinq mois. En novembre 1891, j'ai commencé à marcher avec des béquilles, sans toutefois mettre le pied à terre, je souffrais un peu parce qu'il me semblait que mes os se cassaient et remontaient vers la hanche.

« J'ai souffert encore un peu pendant deux mois. Ces douleurs ont complètement disparu pendant les quatre mois que j'ai passés dans ma famille ; seulement ma jambe était toujours très maigre et n'avait pas de force.

« Je suis revenue deux mois à l'Hôtel-Dieu, où j'ai pris des bains, ma jambe est devenue beaucoup plus forte.

« Maintenant je vais bien, je ne souffre pas du tout et je me sers très bien de ma jambe.

« Je ne saurais dire la distance que je pourrais parcourir ne sortant guère de chez moi. Cependant toute la journée je vais de côté et d'autre dans la maison, sans ressentir ni douleur ni fatigue. »

OBSERVATION V

(Ch. Audry, *Revue de chirurgie*, octobre 1888)

Arthrite douloureuse prolongée du genou gauche. Amputation. Guérison.

X..., âgée de trente-six ans, ne possède aucun antécédent pathologique, elle est malade depuis 1867.

A cette époque elle aurait pris froid au moment de ses règles et aurait présenté les premiers symptômes d'une hydarthrose aiguë et douloureuse du genou gauche sur la nature de laquelle on n'est guère fixé, et qui la maintint au lit pendant dix-huit mois. Puis survint une amélioration très incomplète d'ailleurs, les phénomènes douloureux réapparaissant de temps à autre puis disparaissant.

En 1883, débuta une série ininterrompue de crises douloureuses qui réduisit la malade à un état pitoyable.

Les douleurs étaient continues, diurnes et nocturnes, exacerbées de temps à autre ; elles étaient profondes et superficielles ; l'effleurement même de la peau était très pénible.

L'articulation était à peine tuméfiée et le diagnostic d'ostéoarthrite ancienne en voie d'ankylose s'imposait.

Nulle part de gonflement inflammatoire, d'abcès. En dehors du creux poplité on constatait un petit trajet fistuleux.

Le 15 octobre 1885, M. Poncet fit des pointes de feu et un bandage silicaté qui soulagèrent la malade pendant huit jours.

Deux semaines plus tard, les douleurs ayant récidivé, on enleva l'appareil. Les divers moyens thérapeutiques employés ne calmaient les douleurs que pendant quelques heures et au bout de deux ou trois jours ne produisaient plus aucun effet.

Enfin le 16 décembre, à la demande de la malade, à bout de patience, M. Poncet fit l'amputation de la cuisse au tiers inférieur.

La plaie guérit sans incidents. Les souffrances disparurent complètement et définitivement.

La malade a engraisé et retrouvé son *équilibre psychique* ; le moignon n'est pas douloureux ; l'état général est parfait.

L'autopsie de l'article ne montra que des lésions d'arthrite plastique banale, en pleine voie de régression, sans que rien pût expliquer la production de ces souffrances terribles.

OBSERVATION VI (résumée).

Jeune dame, vingt-six ans, mère morte de phtisie, sœur atteinte de bronchite suspecte.

Cette malade n'a jamais eu de maladie sérieuse. Depuis un an elle souffre dans le genou droit, les douleurs s'accompagnent d'une sensation de faiblesse. Il y a six semaines à la suite d'un travail pénible, les douleurs sont devenues plus vives. Son médecin la traita par : révulsifs, badigeonnages à la teinture d'iode, bandage élastique, électricité, massage, tout cela sans succès.

État de la malade et de l'articulation. — Malade petite, pâle, cependant sans apparence de chlorose ni de neurasthénie.

Les fossettes péri-rotuliennes semblent comblées par la tuméfaction.

Le genou est dans une flexion relative, le redressement et la flexion complètes sont douloureux.

Point douloureux très net au niveau du condyle interne. — La peau de l'articulation n'est ni rouge, ni chaude, et nullement hyperesthésiée.

Traitement : application de glace, extension.

Les douleurs deviennent de plus en plus vives. On traite alors cette jointure par des douches et le massage ; légère amélioration, puis réapparition des douleurs.

Application d'un bandage plâtré dans lequel la malade se trouve très bien. Elle part avec ce bandage.

Quelques mois plus tard, la tuméfaction s'accuse du côté du genou. Nouvel appareil plâtré. Aucune amélioration.

Les douleurs deviennent de plus en plus vives, si bien qu'il est impossible d'imprimer des mouvements à cette articulation sans provoquer des cris de la part de la malade.

Injection de phénol dans l'article (procédé de Hueter). Nouvel appareil inamovible. Amélioration de quelques jours. Réapparition des douleurs.

Apparition de fièvre hectique qu'on attribue à une bronchite.

On porte le diagnostic d'arthrite fongueuse.

La malade se sent très fatiguée.

L'état objectif et subjectif restant le même, la fièvre hectique persistant, tous les autres modes de traitement n'ayant amené aucun résultat, on décide de faire l'arthrotomie.

L'intervention découvre une articulation absolument saine que le chirurgien referme aussitôt.

Petersen, le chirurgien en question, avoue qu'il a fait une erreur de diagnostic et qu'il s'agit d'une douleur nerveuse.

Guérison sans complication de la plaie opératoire. La température tombe et devient normale.

Disparition totale des douleurs. Elles réapparaissent quelques mois après avec toute leur intensité.

En juillet 1889, amélioration notable, mais apparition de stigmates hystériques ; hyperesthésie cutanée excessive qui cesse après l'ablation de l'appareil.

Traitement par massage et mouvements passifs qui suscitent des douleurs quand on les exécute.

La malade est arrivée à monter les escaliers et à danser.

Petersen : Ueber gelenkneurosen (*Archiv. für klin. Chirurgie*, von Langenbeck, 1889).

OBSERVATION VII (résumée).

Jeune fille, âgée de vingt ans, constitution robuste. Dans sa jeunesse, arthrite du genou gauche qui se termina par ankylose.

En décembre 1885, cette jeune fille présente une tuméfaction et une douleur à l'extrémité supérieure du tibia gauche. Douleurs très vives, lancinantes. On diagnostique un abcès des os. Trépanation du tibia en juillet 1886. Pas de pus. Guérison.

En avril 1887, récurrence. Tuméfaction légère, douleur très vive au niveau et autour de la rotule. Incision ; pas d'abcès. Guérison.

Trois semaines environ après cette dernière intervention, la malade prend une hémarthrose, à la suite d'une promenade. Guérison par le repos et les bandages élastiques.

En octobre, nouvelle tuméfaction, nouvelles douleurs dans la région rotulienne. Repos. Pulvérisations froides.

Céphalalgie violente, apparition de fièvre et de symptômes de méningite. Les douleurs articulaires disparaissent.

A la Pentecôte 1888, tuméfaction à l'union du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs du tibia ; sensation de lourdeur dans cet os.

Une incision pratiquée ne découvre aucune lésion. Guérison.

Les douleurs passent dans le pied gauche. Disparition par le repos et les applications de glace.

Petersen : [Ueber gelenkneurosen (*Archiv. für klin. Chirurgie*, von Langenbeck, 1889).

CHAPITRE V

Résultats immédiats et éloignés

Si maintenant nous considérons quels ont été les résultats de l'intervention chirurgicale dans cette forme d'arthralgie, en nous basant sur les quelques observations que nous avons pu recueillir, nous voyons qu'elle a toujours, même dans les cas les plus rebelles, procuré quelque soulagement aux malades.

Chez Etienne M... (obs. III), celle de nos malades où les symptômes douloureux se sont montrés avec la plus grande acuité, chaque intervention a été suivie d'une amélioration.

A la suite d'une première intervention qui s'était bornée à une trépanation superficielle du condyle interne du fémur, le soulagement a été de deux jours, pendant lesquels la malade ne sentit absolument aucune douleur et put dormir, ce qu'elle n'avait pas fait depuis bien longtemps.

La seconde intervention qui fut non plus une trépanation, une tunélisation ; l'extrémité inférieure du fémur ayant

été perforée de part en part, donna lieu à un soulagement d'un mois environ. A la suite de l'ablation de la rotule, les douleurs disparaissent pendant deux mois et demi.

L'amputation de cuisse pratiquée par Tillaux fit également disparaître ces atroces douleurs.

Il eût été très intéressant de voir cette malade et de voir si l'amputation fut suivie d'une guérison définitive. Nous avons fait faire des recherches par un de nos camarades, malheureusement ses efforts sont restés vains. Tous les renseignements que nous avons pu recueillir se bornent à ceci : à la suite de l'amputation la plaie se cicatrisa très vite, les douleurs disparurent et lorsqu'elle quitta le service du professeur Tillaux, environ deux mois après l'opération les douleurs n'avaient pas reparu.

La malade amputée par M. le professeur Poncet (obs. V) souffrait beaucoup depuis 1867. Durant les deux années qui précédèrent l'opération (décembre 1885), elle fut obsédée par une série de crises douloureuses ininterrompue. Elle vit disparaître totalement ces atroces douleurs aussitôt après l'amputation de sa cuisse.

Petersen, après avoir pratiqué l'arthrotomie sur la première de ses malades (obs. VI), voyant l'articulation indemne de lésions tuberculeuses, déclara qu'il avait fait une erreur de diagnostic et qu'il s'agissait simplement d'une douleur nerveuse. Sans vouloir rejeter la part de l'élément nerveux dans la pathogénie de ces douleurs, l'observation de cette malade présente une analogie tellement frappante avec les cas d'Ollier et de Pollosson, qu'il nous est impossible d'admettre que ce n'était pas là une affection de même nature et justiciable du même traitement. Les douleurs, il est vrai, disparurent à la suite de cette inter-

vention pour réapparaître quelques mois après avec leur intensité première. Des stigmates hystériques apparurent plus tard ; Petersen les met sur le compte du traumatisme opératoire.

L'influence du traumatisme dans l'étiologie de l'hystérie est un fait que l'on rencontre fréquemment, mais il ne nous semble pas déraisonnable d'admettre d'autres causes : la douleur, l'impotence, l'insomnie, les ennuis ne pourraient-ils pas, encore plus que le traumatisme, avoir provoqué l'éclosion de cette névrose chez cette malade éminemment prédisposée ?

Petersen pour confirmer son diagnostic rétrospectif nous annonce la guérison de la malade sous l'influence du massage et des mouvements passifs. « Maintenant, dit-il, elle est arrivée à monter les escaliers et à danser. »

Peut-on dire que cette guérison soit définitive ? Entre la guérison et la publication du mémoire de Petersen deux mois à peine se sont écoulés, délai trop restreint pour établir un pronostic certain.

Chez la seconde malade (obs. VII), la disparition des douleurs remontant à deux ans, la guérison peut être considérée comme durable.

Petersen attribue encore ce soulagement, non pas à ses deux interventions, mais au repos et à la réfrigération.

Les trois autres malades ont été étudiés plus particulièrement par nous, au double point de vue des résultats immédiats et éloignés de l'intervention chirurgicale. Chez elles, c'est la résection de l'extrémité épiphysaire douloureuse, qui fut pratiquée. Cette opération dans les trois cas eut le double avantage d'amener la disparition complète

des douleurs tout aussi bien que l'amputation et de donner des résultats orthopédiques et fonctionnels excellents.

La religieuse (obs. I) opérée par M. le professeur-agrégé M. Pollosson, en avril 1889, et qui souffrait depuis déjà cinq ans, vit disparaître ses douleurs comme par enchantement. Les révulsifs, l'immobilisation, les antispasmodiques, qui avaient été employés jusqu'alors, n'avaient produit aucun résultat. Dès qu'on lui enlevait son silicate, elle était dans l'impossibilité complète de marcher. La souffrance, le repos forcé avaient amené chez elle une grande débilité. Aussitôt après la résection, elle commença à reprendre ses forces, et trois mois après elle pouvait marcher avec sa jambe ankylosée.

Depuis cette époque elle n'a ressenti aucune douleur du côté de son genou réséqué. M. Pollosson, qui l'a vue il y a peu de temps, nous dit : Qu'elle va et vient dans la communauté sans ressentir ni douleur ni fatigue. Elle boite un peu, traîne légèrement la jambe, mais cette claudication n'a rien d'exagéré ni de disgracieux.

De ces trois malades qui furent réséquées, c'est assurément chez Henriette B... (obs. II), que la résection produisit les meilleurs résultats, non pas au point de vue de la prompte disparition des douleurs, mais au point de vue du rétablissement des fonctions du membre opéré.

Les douleurs ne la quittèrent pas complètement après l'intervention. La nuit, la malade souffrait encore de son épaule ; chaque soir on était obligé de mettre son bras dans une gouttière plâtrée qu'on enlevait le matin. Durant la journée, elle portait son bras en écharpe. Les douleurs disparurent graduellement et lorsqu'elle quitta l'Hôtel-Dieu, quatre mois et demi après l'opération, elle était

tout à fait guérie. L'atrophie énorme de son bras et de son épaule avait diminué, et à cette époque elle pouvait porter la main derrière le dos et à la bouche, seuls les mouvements d'élévation latérale s'exécutaient avec peine.

Actuellement, deux ans et demi après la résection, elle ne souffre plus, cependant comme nous l'avons noté dans l'observation, elle présente un point douloureux à la pression, au niveau de l'apophyse coracoïde.

Le bras gauche est presque aussi volumineux que le bras droit et n'a qu'un raccourcissement de 4 centimètres.

La malade peut exécuter tous les mouvements sans gêne ni douleur. L'élévation verticale et latérale des bras se fait aussi bien du côté opéré que du côté sain.

Nous avons fait photographier cette malade, les bras élevés verticalement, malheureusement les épreuves n'ont pas réussi et comme les photographies donneraient une idée absolument fausse du résultat, nous avons jugé à propos de ne pas les reproduire.

Célestine A..., opérée par M. le professeur Ollier, comme la malade précédente, retira un grand bénéfice de la résection, les douleurs disparurent, et à la date du 5 décembre dernier, elle nous écrivait qu'elle ne souffre plus et marche sans appareils,

L'intervention chirurgicale a toujours procuré du soulagement aux malades. Grâce à la disparition de ces atroces douleurs, elles ont pu trouver un moment de repos, leur état général est redevenu meilleur.

De toutes ces interventions, celle qu'il convient de mettre au premier rang, quand les douleurs sont nettement localisées aux extrémités osseuses articulaires, c'est la résection, parce qu'elle a le double avantage de fournir

d'excellents résultats fonctionnels, tout en amenant la disparition des douleurs.

C'est donc l'opération de choix qu'on devra toujours tenter avant de recourir à l'amputation. « Entre un réséqué et un amputé, dit M. le professeur Ollier, la comparaison n'est pas possible ; par la résection, le sujet est rendu à la vie sociale, peut satisfaire aux besoins de son existence, un amputé ne peut mener que l'existence d'un pensionné. »

CONCLUSIONS

I. Il existe une affection articulaire caractérisée par une douleur excessivement vive, survenant chez des sujets non pas franchement hystériques, mais fortement entachés de nervosisme. *Ces sujets sont presque toujours des femmes.*

II. Cette affection présente une analogie frappante avec ce qu'on décrit, depuis Brodie, sous le nom d'arthralgie hystérique, mais s'en distingue par une intensité beaucoup plus grande des douleurs, douleurs qui ne sont pas limitées aux plans musculaire et cutané, mais qui sont surtout profondes et que les malades comparent à la pénétration d'aiguilles ou de poinçons dans les extrémités osseuses.

III. Ces douleurs atroces rendent le sommeil impossible aux malades. Par suite de l'insomnie et du repos forcé, les symptômes nerveux s'accusent davantage au

point de simuler de véritables crises hystériques. Les malades maigrissent, l'état général devient mauvais.

IV. Ces douleurs, quand elles sont nettement localisées en un point et ne s'amendent pas sous l'influence des traitements employés en pareil cas : antiphlogistiques, révulsifs, traction, immobilisation, sont justiciables d'une intervention chirurgicale, bien que l'examen de l'article ne révèle pas de lésions ou simplement des lésions banales.

V. L'intervention que nous proposons est la résection typique pratiquée d'après la méthode sous-périostée.

VI. La résection est une opération relativement bénigne, dont la mortalité est nulle et donnant des résultats orthopédiques et fonctionnels excellents, lorsque le traitement post-opératoire a été bien dirigé.

VII. Des douleurs irradiées dans tout un segment de membre, s'accompagnant de troubles trophiques avancés, sont une contre-indication à la résection, l'amputation serait préférable dans certains de ces cas, encore souvent, est-elle suivie d'une récurrence, après une amélioration passagère.

VIII. Comment agit la résection? — C'est ce qu'à l'heure actuelle il est difficile de dire. Bien que l'examen histologique des pièces anatomiques n'ait pas été pratiqué, nous croyons pouvoir émettre l'hypothèse de névrite localisée primitivement aux extrémités nerveuses épiphysaires, névrite, qui a de la tendance à se propager et à susciter

ces douleurs irradiées. La résection d'après cette hypothèse ferait disparaître ce foyer de névrite qui joue le rôle *d'épine*.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

OLLIER.

Vu, bon à imprimer :

LE DOYEN,

LORTET.

Vu, bon et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,

E. CHARLES.

TABLE

INTRODUCTION	5
CHAPITRE PREMIER. — Historique de l'arthralgie. — Différents cas où l'intervention chirurgicale a été pratiquée . . .	9
CHAPITRE II. — Indications et contre-indications de l'intervention chirurgicale.	19
CHAPITRE III. — Intervention chirurgicale.	32
CHAPITRE IV. — Observations	38
CHAPITRE V. — Résultats immédiats et éloignés. . . .	62
CONCLUSIONS.	68

